

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**A TRAVÉS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON APLICADO
A UN ADULTO CON LA NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y
PELIGROS ALTERADA.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:**

**FUENTES SENTIES THANIS GRISELDA
No. Cta.303272368**

Director del Trabajo:

Lic. Daniel Rangel Portilla

MEXICO; D.F. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Página.
1. Introducción.....	3
2. Justificación.....	4
3. Objetivos.....	5
4. Metodología.....	6
5. Marco Teórico	
5.1. Origen y Evolución de la Enfermería.....	7
5.2. El modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	9
5.3. Conceptualización del Cuidado.....	12
5.4. El Proceso Atención de Enfermería.....	14
5.6. Anatomía y Fisiología del Órgano Afectado.....	16
5.7. Síntesis de la Patología.....	18
5.8. Epidemiología.....	23
6. Presentación del Caso Clínico.....	28
7. Valoración de Enfermería con base a las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	29
8. Jerarquización de necesidades detectadas.....	37
9. Plan de Atención de Enfermería.....	38
10. Plan de Alta.....	59
11. Conclusión.	61
12. Glosario.	62
13. Bibliografía.	63

INTRODUCCIÓN.

A través de la formación académica como estudiante de la Licenciatura en Enfermera y Obstetricia se adquieren conocimientos indispensables que permitan no solo identificarse con la profesión sino el desarrollar un mayor compromiso en la prestación de los cuidados que se le han de brindar a un sujeto; familia y/o comunidad.

Durante el servicio social el estudiante pretende consolidar a través de la integración y aplicación de los conocimientos a una realidad más específica como lo es el ámbito laboral; y es en esta fase del servicio social donde se elaboro el presente documento, realizado en el tercer piso de hospitalización adultos dentro del Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez"; a una persona con diagnóstico médico de Cardiopatía Isquémica; Angina Crónica Estable; posoperatorio tardío de Revascularización Coronaria, Mediastinitis, Esternectomía Total con Rotación de Pectoral Mayor Derecho; Diabetes Mellitus Tipo 2 , Hipertensión Arterial Sistémica.

Es importante señalar que las enfermedades crónicas degenerativas están dentro de las principales causas de mortalidad en nuestro país. Las enfermedades isquémicas del corazón son la segunda causa de muerte en todos los países desarrollados y también en México. El INEGI reporto que en el año 2007 la mortalidad específica atribuible a las enfermedades isquémicas del corazón fue del 11%.

Al aplicar el Proceso Atención de Enfermería como un instrumento que integra una metodología específica; con objetivos cognitivos, actitudinales y procedimentales, que se sustenta a través de una revisión documental donde se consideran aspectos como por ejemplo: El enfoque de Virginia Henderson y las 14 necesidades Humanas; Teoría del Cuidado, una síntesis de la patología y la epidemiología de los padecimientos que limitan la independencia de la persona.

Posteriormente se describe el caso clínico, para continuar con el desarrollo de cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, se presenta el instrumento de valoración con base al modelo de Virginia Henderson y las 14 Necesidades Humanas; lo que permite identificar y jerarquizar las necesidades alteradas de la persona; posteriormente se elaboran los diagnósticos propuestos por la NANDA con sus respectivas intervenciones de enfermería y su evaluación.

Para concluir se propone un plan de alta de enfermería con la finalidad de que la persona pueda mejorar la calidad de vida, que recupere y/o mantenga su independencia.

JUSTIFICACIÓN.

La Organización Mundial de la Salud estimó en 1995 que las enfermedades cardiovasculares representaban la causa más frecuente de mortalidad en el ámbito mundial, rebasando a la mortalidad ocasionada por enfermedades infecciosas y parasitarias. Asimismo reconoce que la epidemia de las enfermedades cardiovasculares avanza rápidamente tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

En América Latina y el Caribe las enfermedades cardiovasculares representan el 31% del total de las defunciones. Se estima que ocurrirán 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en esta región durante los próximos 10 años. En México, este grupo de enfermedades constituye un problema de salud pública, y al igual que ocurre en otros países del mundo, es el resultado de esta escalada epidemiológica; las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte y anualmente ocurren cerca de 70 000 defunciones por este motivo y 26 000 por enfermedades cerebrovasculares. Se presentan 44 070 muertes por enfermedad isquémica del corazón siendo 24 102 hombres y 19 965 mujeres; el INEGI reportó que en el año 2007 la mortalidad específica atribuible a las enfermedades isquémicas del corazón fue de 11%.¹

Para las personas con diabetes se reduce la expectativa de vida, 9 años menor en los hombres y 7 años en las mujeres. También ocurre una mayor mortalidad cardiovascular en los enfermos diabéticos que en la población general; 2.5 veces mayor en hombres y 2.0 en mujeres y la sobrevivencia de una persona con diabetes Mellitus es equivalente a la de una persona que tuvo un infarto agudo del miocardio, pero si se suman el infarto agudo del miocardio y la diabetes, la mortalidad crece al doble.²

Por otro lado; con base a las modificaciones realizadas en el Reglamento General de Exámenes aprobadas por el H. Consejo Universitario el 7 de junio del 2004, con el propósito de promover opciones de titulación que logren fortalecer el perfil del egresado de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia; el H. Consejo Técnico de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia aprueba en sesión ordinaria del 9 de febrero del 2005, diversas opciones de titulación entre las que se encuentra la elaboración y replica oral del Proceso Atención de Enfermería.³

El Proceso Atención de Enfermería es la aplicación del método científico, el cual será dinámico, flexible, interactivo, sistemático y tendrá una finalidad; se utiliza una base teórica, la cual en este caso es el Modelo Teórico de Virginia Henderson y las 14 Necesidades Humanas ya que la razón de ser de la enfermería es el cuidado y este debe ser de una manera individualista y holística cuya meta será obtener un mejor desarrollo y una buena evolución de cada una de las necesidades; convirtiéndose así en una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería de una forma racional, lógica y sistemática. Dicha aplicación se realiza a una persona adulta hospitalizada en el tercer piso del Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez".

1.-Secretaría de Salud, Programa **de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial**, primera edición, México, 2001, Pág. 15-16.

2.- Secretaría de Salud, **PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Diabetes Mellitus**, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Pág. 9.

3.- ENEO-UNAM, LINEAMIENTOS **GENERALES PARA ORIENTAR LAS OPCIONES DE TITULACIÓN CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SISTEMA ESCOLARIZADO**, 2005, Pág. 1, http://www.eneo.unam.mx/sistemadegestiondecalidad/normatividad_docs/OpcionesTitulacionEscolarizado2005.pdf

OBJETIVOS.

COGNITIVOS:

- Poner en práctica con base el modelo conceptual de Virginia Henderson y las 14 Necesidades Humanas, aplicadas en el Proceso Atención de Enfermería los conocimientos teóricos adquiridos durante la formación académica, brindando así los cuidados necesarios de una manera holística para evitar complicaciones y obtener un mejor desarrollo y una buena evolución de cada una de las necesidades.
- Aclarar las dudas de la persona en relación a su estado de salud que permita adquirir un mayor conocimiento sobre sí mismo, sobre su enfermedad, emprendiendo estrategias para enfrentar los obstáculos que se presentan y así trazar planes en su estilo de vida para que tenga una buena calidad de vida.

ACTITUDINAL:

- Tener la mejor disposición al momento de proporcionar el cuidado a la persona vulnerable utilizando la empatía y el arte de la comunicación ofreciendo un tiempo de escucha activo.

PROCEDIMENTAL:

- Aplicar los indicadores de calidad y las metas internacionales para el cuidado de la persona dentro de su instancia hospitalaria.
- Limitar las complicaciones derivadas de la estancia y el tratamiento en la persona hospitalizada.
- Priorizar las intervenciones de enfermería para la atención oportuna de la persona en base a la jerarquización de sus necesidades.

METODOLOGÍA

- La asignación al servicio del tercer piso hospitalización adultos se realiza por autoridades del área de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”.
- Se elige a una persona hospitalizada con Cardiopatía Isquémica; Angina Crónica Estable; posoperatorio tardío de Revascularización Coronaria, Mediastinitis, Esternectomía Total con Rotación de Pectoral Mayor Derecho; Diabetes Mellitus Tipo 2 , Hipertensión Arterial Sistémica..
- Se le explica y con previa autorización verbal de la persona se aplica el instrumento de valoración de enfermería con el enfoque de Virginia Henderson y las 14 necesidades humanas.
- El Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado; el cual consta de cinco etapas:
 1. Valoración:

Se inicio a través de la aplicación de un instrumento de valoración de enfermería con el enfoque de Virginia Henderson y las 14 necesidades humanas, para esto se realizó una exploración física céfalo-podálica, utilizando la inspección, auscultación, palpación, y percusión. El interrogatorio es de utilidad para obtener información directamente del sujeto, sin embargo la familia y el expediente aportan datos importantes.
 2. Diagnóstico.

Al obtener la información necesaria de las necesidades de salud del sujeto esto permite estructurar los diagnósticos de enfermería por lo que se hace una revisión de aquellos propuestos por la NANDA 2009-2011.
 3. Planeación.

Posteriormente se realizo una jerarquización de las 14 necesidades humanas para establecer prioridades en los cuidados de enfermería. Se establecieron objetivos de enfermería de tal manera que todas las intervenciones van dirigidas para evitar complicaciones, obtener un mejor desarrollo y una buena evolución de cada una de las necesidades y así la persona recuperara su autonomía.
 4. Ejecución.

Con base a los cuidados previamente planeados, se realizan las intervenciones de enfermería que permitan cubrir las necesidades alteradas.
 5. Evaluación.

Esta fase se realiza en cada una de las anteriores, es decir tienen interrelación por lo que es muy importante reflexionar y analizar sobre la repercusión que tienen las intervenciones de enfermería al aplicarse ya sea en un sujeto, familia y/o sociedad y poder hacer así las correcciones pertinentes.

MARCO TEÓRICO.

ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA.

Desde la aparición de las primeras culturas, el ser humano se ha ocupado del cuidado de sus semejantes. Tal como refiere *Collière*, en todas las sociedades los cuidados son universales, todos aparecen y se elaboran alrededor de los dos grandes momentos de la vida que son el nacimiento y la muerte. Las mujeres, empezando por las comadronas o parteras, se ocuparon desde siempre de cuidar de los miembros de su familia o su clan, tanto en la enfermedad como en la salud y en la muerte.

A mediados del siglo XIX, el mundo sanitario sufre una profunda transformación. El carácter científico de la medicina se va imponiendo definitivamente desarrollando conceptos como la higiene, la prevención y, sobre todo, la asunción estatal de sus responsabilidades sanitarias.⁴ Florence Nightingale es considerada como la primera teórica de enfermería, por su esmerada formación en las Hermanas de la Caridad y en el establecimiento de las diaconisas de Kaiserwerth, para que acudiera con un grupo de 38 ayudantes a Skutari, Turquía, para ayudar a los soldados de la guerra de Crimea. Llegó a ser no sólo la primera enfermera que practicó cuidados en una guerra, siendo además la coordinadora de las enfermeras, sino que también fue la primera en documentarse sobre daños psicológicos causados por la guerra. Tras la guerra de Crimea, escribió unos doscientos libros, informes y opúsculos que tuvieron importantes repercusiones en la sanidad militar, la asistencia social en la India, los hospitales civiles, las estadísticas médicas y la asistencia a los enfermos. Su mayor aportación educativa fue la creación de nuevas instituciones para la formación tanto de médicos militares como de enfermeras de hospital.⁵

Florence Nightingale En cuanto a la actuación de la enfermera, pensaba que las mismas debían usar continuamente en su profesión el sentido común unido a la observación, la perseverancia y el ingenio, y reafirmaba que “si no se tiene el hábito de la observación es mejor renunciar a ser enfermera, de una forma u otra, labor para la que no se estará llamada por muy solícita y bondadosa que se pueda ser”. La vocación de enfermera la veía como un compromiso con el trabajo. Las enfermeras deberían comportarse como mediadoras en el plano moral refiriéndose a su relación profesional con los pacientes. Les enseñó así el principio de la confidencialidad y propugnó la extensión de los cuidados a los pobres para mejorar su estado de salud. Aportó comentarios acerca de los procesos de toma de decisiones del paciente, concepto ético de particular importancia en la ciencia moderna, aunque relegó al paciente a un rol relativamente pasivo, cuyas necesidades eran atendidas principalmente por la enfermera.⁶

4.- Carnicero De La Vega J. y col., **Historia de la enfermería en Castilla y León: Practicantes y Enfermeras**, Pág.1-2

5 - Attewell Alex **FLORENCE NIGHTINGALE (1820 - 1910)**, Pág. 1

6.-Nightingale F. **Notas sobre enfermería: qué es y qué no es**. Barcelona: Salvat; 1990.Pág. 40.

Desde que Florence Nightingale estableciera la necesidad de la formación específica de las enfermeras, hasta la década de los años cincuenta y sesenta del siglo XX se produce una interrupción en el desarrollo de la disciplina de la enfermería. A partir de estos años surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería. Al mismo tiempo enfermeras docentes, como Ida J. Orlando, describen métodos de trabajo propios de la actividad profesional.⁷

En 1965 la Asociación Americana de Enfermería (ANA) definía la profesión en un informe sobre formación que textualmente dice: “una escuela de enfermería independiente de los organismos de servicio, pero que proporcione formación para el servicio, con enfermeras educadora competente, y oportunidades de aprendizaje bien seleccionadas. El desarrollo de la estudiante como persona. La dignidad del paciente como ser humano. La provisión de la enfermería como servicio comunitario, al mismo tiempo como cuidado institucional. La identificación de la base sobre la cual se funda la enfermería; por ejemplo la higiene ambiental y el cuidado personal. La dirección de la enfermería a cargo de las enfermeras. El modelo de la enfermera como persona de cultura y como profesional competente”.

Tanto desde el punto de vista formal como sociológico, la enfermería es hoy muy distinta a como se practicaba hace 50 años. Distintos factores son los que han intervenido en esta profesionalización del cuidado. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar. Así mismo, en el campo asistencial los cambios acaecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio utilizando una metodología lógica y racional como lo demuestra la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros

La historia de la enfermería demuestra que la teoría es importante como rama de la educación (disciplina), como para un campo especializado de la práctica (la profesión). A pesar de que muchas enfermeras de épocas anteriores proporcionaban un cuidado excelente, no se escribía mucho sobre lo que se sabía de la enfermería, ni tampoco se documentaba la eficacia de sus cuidados. La enfermera ha trabajado para desarrollar y aclarar un cuerpo sustancial de conocimiento enfermero con el objetivo de convertirse en una profesión reconocida, mejorando la calidad de los cuidados del paciente y proporcionando un estilo profesional de práctica.⁸

7.- Historia de la Enfermería: Etapa de la enfermería Profesional, pág. 2

8.-Tomey Marriner Ann y col. Modelos y Teorías de Enfermería, pág.3-4

EL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la Primera Guerra Mundial. En su libro **Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería**, nos ofrece un desarrollo de la disciplina enfermera; desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.). Es considerada como la fundadora de la Enfermería Científica. La enfermera requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas, implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito. Esta teoría es congruente, debido a que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.⁹ Henderson incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de Enfermería. Teniendo en cuenta estas catorce necesidades, siete están relacionadas con la fisiología, dos con la seguridad, dos con el afecto y la pertenencia; y tres con la autorrealización.

Necesidades

1. Necesidad de respirar normalmente.
2. Necesidad de beber y comer adecuadamente.
3. Necesidad de eliminar los residuos corporales.
4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.
5. Necesidad de dormir y reposar.
6. Necesidad de seleccionar la indumentaria adecuada: vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal en los límites normales.
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
9. Necesidad de evitar peligros ambientales e impedir que estos perjudiquen a los demás.
10. Necesidad de comunicarse para expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones.
11. Necesidad de actuar según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar de manera que exista un sentido de autorrealización.
13. Necesidad de participar en diferentes actividades recreativas.
14. Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud.

9.- Cisneros G. Fanny, **Introducción a las Teorías y Modelos de Enfermería**, pág. 10

METAPARADIGMAS

Persona:

Su visión organicista plantea al individuo como un ser total que no puede ser reducido a la suma de sus partes; es desarrollista porque conforma una espiral con componentes organizados de manera implícita y explícita en diferentes situaciones que la persona experimenta.⁶ Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia por lo que necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

a) Los conocimientos se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo. En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.

b) La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz.

La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.

c) La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario.

Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.

Entorno:

Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. Lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados.⁷ La salud puede verse afectada por factores:

Físicos: condiciones climáticas, ubicación geográfica, etc.

Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

6.- Jiménez Castro Ana Bertha y cols., Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson, pág. 3

7.- Cisneros G. Fanny, Teorías y Modelos de Enfermería y su Aplicación, pág. 6

Salud:

La compara con la independencia, a la cual considera como una filosofía humanista, en la que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos reales y potenciales que utilizan para lograr la independencia en la satisfacción de sus necesidades, a fin de mantener en estado óptimo la propia salud.⁸ Derivado del concepto de salud de Henderson como independencia y dependencia:

Independencia: satisfacción de las 14 necesidades mediante las acciones adecuadas que la persona realiza por ella misma o que otros hacen en su lugar de acuerdo a su edad, etapa del desarrollo o situación de salud.

Dependencia: insatisfacción de una o de varias necesidades básicas como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes que realiza la propia persona o que otra hace en su lugar según la edad, etapa del desarrollo o situación de salud.

Enfermería:

Su definición de enfermería aparece en 1955 donde afirma que “La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible”.⁹

Identifico los tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa:

La enfermera como sustituta del paciente Compensa lo que le falta al paciente. Debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera o educadora del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

8.- García Suso A, y Cols. **El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería**. pág. 4

9.- Tomey Marriner Ann y col. **Modelos y Teorías de Enfermería**, pág.54-55

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CUIDADO.

El ser humano nace con la capacidad de cuidado es decir de preservar, guardar, conservar, y asistir la vida formando parte de su esencia; sin embargo como seres humanos también somos vulnerables en todas nuestras esferas y aun que hagamos conciente esa necesidad de ser cuidados habrá situaciones donde la persona requería una atención más centralizada e individualizada lo que lo llevara a ser una “persona de cuidado”.

El paciente hospitalizado es un ser bastante **vulnerable** que pasa por una experiencia representada por la enfermedad y por la hospitalización, y el papel de la cuidadora tendrá como objetivo mantener la integridad del ser vulnerable, independiente de su condición, sea esta de cura, alivio o en fase terminal. Para poder alcanzar una meta satisfactoria con base a este objetivo se tratará al ser vulnerable desde los problemas fisiológicos que le crean alguna alteración hemodinámica hasta el sufrimiento, angustia o los estados de miedo y ansiedad que le provoca esta situación, la incapacidad de la limitación, escuchar y educar para poder ir más allá de una restauración física logrando así trascender a un cuidado holístico cuyo resultado será que la persona interactúe nuevamente en su esfera bio-psico-social.

Al momento en que se da esta interacción entre el ser cuidado y el cuidador será un momento transformador para ambos, ambos crecerán, ambos trascenderán.

Por un lado el ser cuidado presentará una actitud más positiva, serena frente a su experiencia con la enfermedad, incapacidad e inclusive la muerte, lo lograra al momento de aclarar todas sus dudas sobre su estado, al no perder el conocimiento de sí mismo, de su circunstancia, de sus limitaciones y potencialidades mejorando así su autoestima y confianza, preservando su identidad y coraje siempre con el objetivo de disminuir el grado de dependencia alcanzando un grado satisfactorio de autonomía o una muerte digna.

Mientras que el crecimiento del cuidador será relacionado por la satisfacción, la sensación de un deber cumplido, mejorando así la autoestima, obteniendo mayor seguridad y confianza en cada intervención donde seamos partícipes; ya que las formas de cuidar enriquecen a partir de las vivencias y la interacción que se lleve a cabo con el ser cuidado. La cuidadora deberá ser receptiva y consciente de lo que significa ser paciente, ser cuidado, estar enfermo, estar hospitalizado; así como ser sensible a los temores, ansiedad, miedos e inseguridad que el paciente y su familia puedan presentar; colocando en la práctica su habilidad de pensamiento crítico. Las acciones deben siempre ser acompañadas de interacción, es decir conversando, escuchando, tocando, expresando interés, disponibilidad y aceptación.¹⁰

Para poder proporcionar un cuidado holístico hay que integrar a nuestra vocación, a nuestro quehacer diario a dar el tiempo para escuchar ya que todos valoramos, intuitivamente, a la persona que sabe escuchar, la buscamos, deseamos sentarnos a su lado, estar con ella, porque todos, desde lo más profundo, necesitamos ser escuchados, especialmente cuando nos hallamos en situaciones límite y hemos perdido el control sobre nuestra propia vida.¹¹

10.- Vera Regina Waldow y cols. **El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad** pág.4

11.- Francesc Torralba Roselló, **El Placer de escuchar**, pág.2

La escucha es el fundamento del aprendizaje, la condición de posibilidad para crecer humanamente, para ampliar la visión del mundo y superar nuestro reiterado e impenitente provincianismo intelectual. No sólo escuchamos con el oído. También escuchamos con los ojos, con el tacto, con los cinco sentidos externos. La escucha es un acto de receptividad y, por ello, sólo puede escuchar quien limpia los poros de su ser y permite la libre circulación entre lo exterior y lo interior.¹³

El cuidado es, sin duda, una forma de responsabilidad, pero dicha responsabilidad y compromiso nace desde lo más interno ya que es importante tener una vocación para darle sentido, validez social y el respeto que se merece nuestra profesión. Para Francesc Torralba el cuidar constituye el fundamento moral a partir del cual debe regirse la praxis profesional. “Cuidar requiere tiempo, espacio, dedicación, técnica, ciencia, sabiduría, conocimiento teórico y probada pericia enmarcados institucionalmente en una política social que haga posible cuidar a un ser humano, es decir, donde las condiciones estructurales sean favorables para el ejercicio profesional del cuidado”.¹⁴

La dimensión humana favorecida por el cuidado tiene carácter transformacional de integración con el mundo, con el ambiente y con las personas; gracias a una tranquila y amistosa relación de confianza y respeto entre el ser cuidado y el cuidador.¹⁵

Los tiempos, las técnicas o procedimientos, las metas internaciones, los indicadores de calidad, entre otras cosas pueden cambiar conforme va creciendo la profesionalización de enfermería pero algo que deberíamos de poner en práctica día con día como profesionales de enfermería son los valores como:

- **Diligencia:** para actuar con esmero asegurando que ningún daño se produzca o ningún bien deje de conseguirse a causa de la pasividad, descuido o pereza.
- **Discreción:** Reflejada en el secreto profesional y la interacción respetuosa con los colegas.
- **Fiabilidad:** en la que la confianza es el elemento sobre el que fluye la relación enfermera paciente.
- **Fidelidad:** con los compromisos y promesas, lealtad en el sentido de preocuparse de los intereses o situaciones delegadas para nuestro cuidado.
- **Humildad:** para aceptar que no todo se puede lograr. Que todo tiene un costo moral y por lo tanto un límite de acción y que todos corremos riesgo de equivocarnos.
- **Prudencia:** para considerar todas las posibles consecuencias de un acto o procedimiento que impliquen riesgos reales o potenciales para quien lo recibe.
- **Veracidad y honestidad:** Porque la verdad es el principio de lo bueno y lo bello.

13.- Francesc Torralba Roselló, **El Placer de escuchar**, pág.2

14.- Mtra. Sanchez Estrada Teresa, **La ética de la Enfermería posmoderna**, pág.1

15.- Vera Regina Waldow y cols. **El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad** pág.4

EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El Proceso de enfermería es un método sistemático planificado y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones, proporciona las bases para las investigaciones; contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud del individuo, la familia y la comunidad, exige del profesional capacidades cognoscitivas, técnicas y personales, para cubrir las necesidades afectadas y permite sintetizar conocimientos teóricos y prácticos.¹⁶

Para Henderson, el proceso de enfermería "es un proceso analítico que debe ser utilizado por todos los que brindan atención con la finalidad de resolver los problemas de salud de los pacientes.

Como todo un método está compuesto de cinco pasos sucesivos que se relacionan entre sí, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

1. VALORACIÓN

Valorar con un modelo de cuidados como referente teórico, en este caso con el modelo de Virginia Henderson, orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos en los registros pertinentes, determinando en cada caso cuáles de ellos son relevantes y cuáles carecen de valor para identificar la situación de dependencia de la persona en relación a sus 14 necesidades básicas.

2. DIAGNÓSTICO ENFERMERO

El diagnóstico proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas, y formularlas.

Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud y que se soluciona a través de intervenciones determinadas por ella. Definen la actuación enfermero destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. Se describe el problema, la causa o causas mediante la fórmula "relacionado con" (r/c) y según los datos objetivos o subjetivos "manifestado por" (m/p). Se utilizan las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de 1990. Pueden dividirse en:

- Diagnósticos reales. Identifica situaciones en las que el usuario ha perdido o no ha alcanzado el nivel óptimo de desarrollo de su potencial para lograr la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Hay factores causales originados por una o más áreas de dependencia.
- Diagnósticos de riesgo. Identifican situaciones en las que el usuario está a punto de perder su independencia. No hay manifestaciones de dependencia, pero están a punto de aparecer en un futuro por la presencia de factores relacionados.

16.- Ortega Vargas Ma. Carolina y col., Guías de Práctica Clínica Cardiovascular, Intervenciones de Enfermería con Base en la Evidencia, pag.4

– Diagnósticos de salud. El usuario puede aumentar el nivel de desarrollo de su potencial, demuestra conductas adecuadas pero puede y quiere mejorarlas.

Pueden tratarse de problemas ya existentes o reales (PI) o pueden referirse a complicaciones potenciales (CP) para indicar que el problema aún no existe y hay que vigilar o prevenir si es posible.

3. PLANEACIÓN

Consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos.

Los objetivos de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del usuario y no de la enfermería. Hay objetivos para los diagnósticos de riesgo, para los reales y para los de salud. Deben tener sujeto, verbo, tiempo, modo y medida.

Para los problemas con relación a la autonomía se identifica la capacidad del paciente y se establece la ayuda necesaria, se implicará al usuario en la medida de lo posible en sus cuidados. Si el paciente no tiene autonomía se determina quién es la persona que desempeñará el papel de agente de autonomía asistida y si un familiar, la enfermera se asegurará que posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas y si no posee conocimientos ni habilidades se planean intervenciones para desarrollar capacidades.

En los problemas con relación a la independencia se puede abordar desde la orientación al problema o la causa e incidir sobre las fuentes de dificultad, instruyendo, animando o desarrollando capacidades.

Objetivos: Reflejan el resultado esperado, en términos de nivel de desarrollo del potencial para lograr la independencia, tras la realización de las intervenciones, y son distintos si se tratan de problemas reales de riesgo o de salud

Determinación de intervenciones y actividades: Se deben consensuar con el usuario/familia y variarán en función del tipo de problemas de que se trate.

4. EJECUCIÓN

Puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermería presta sus servicios. Consta de preparación, realización y registro de la actuación y resultados. Debe dar todo el protagonismo a la persona/familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados. El modelo adoptado repercute en las intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planificadas en la etapa anterior.

5. EVALUACIÓN

Se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos. Consta de valoración de la situación actual del usuario, comparación de los objetivos y emisión de un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados. Al igual que sucedía en la etapa de valoración, durante la evaluación, el modelo adoptado, dicta los datos objetivos y subjetivos necesarios para valorar el estado de salud de la persona en respuesta a la actuación enfermera, y permite determinar el grado de consecución de objetivos propuestos a fin de determinar, la actuación que debe seguirse.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL ÓRGANO AFECTADO.

El corazón es el órgano principal del sistema circulatorio; Tiene una forma cónica irregular y mide alrededor de 12cm de largo, 9 cm en su punto más ancho y 6cm de espesor con un peso promedio de 250gr en mujeres adultas y 300gr en hombres adultos; se localiza en el mediastino medio entre los pulmones y descansa sobre el diafragma.¹⁷ Su base se localiza hacia atrás, arriba y a la derecha, el ápex tiene una inclinación hacia adelante, abajo y a la izquierda, de modo que dos tercios del corazón están a la izquierda de la línea medio clavicular. Esta estructura es hueca y forma 4 cavidades con función de bomba: 2 aurículas y 2 ventrículos.

Detrás de las valvas de la aorta la pared de ese vaso tiene tres dilataciones llamadas senos de valsalva. En la pared de los senos de valsalva correspondiente a las valvas derecha e izquierda se encuentra el orificio de origen de las arterias coronarias derecha e izquierda (*ostium coronario*).

Coronaria Derecha:

De su ostium se dirige hacia delante y a la derecha, pasa debajo de la orejuela derecha en dirección del surco auriculoventricular por el que corre, rebasa el margen agudo y llega cerca de la cruz del corazón; a esta altura se divide en dos ramas terminales: una de ellas (descendente posterior) baja por el surco interventricular posterior en dirección del ápex, la otra sigue por el surco auriculoventricular para terminar cerca del margen obtuso.

Las Ramas Principales de la coronaria derecha son:

- a) La primera de ellas es la arteria del cono que se anastomosa con su similar que previene de la circulación coronaria izquierda (anillo de Vieussans).
- b) En un 55% de los casos da la arteria del nodo sinusal.
- c) Ya sobre el surco auriculoventricular emergen de 3 a 4 ramas ventriculares derechas que son largas, delgadas y corren por la superficie anterior del VD. La ultima de esta, baja por el margen agudo (arteria marginal derecha) y es la mayor de ellas.
- d) A nivel de la cruz del corazón, la CD se acoda en forma de "U" en cuyo vértice nace una rama perforante que va al nodo AV (arteria del nodo AV).
- e) La rama terminal que se dirige hacia el margen obtuso emite ramificaciones ventriculares izquierdas que irrigan la mitad de la cara diafragmática del VI y la descendente posterior da ramas perforantes que irrigan el tercio posterior del septum cercano a la cara diafragmática. Asimismo de su trayecto por el surco auriculoventricular se desprenden pequeñas ramas auriculares.

Coronaria izquierda:

Desde su origen en la aorta hasta su división se le conoce como tronco de la coronaria izquierda, el que tiene una longitud que varía entre 2 y 20mm. Se divide después en dos ramas terminales. La arteria descendente anterior que viaja en dirección del ápex por el surco interventricular anterior y la circunfleja que se dirige a la izquierda y corre por el surco auriculoventricular.

La descendente anterior puede terminar cerca de la punta aunque en el 60% de los casos contornea el ápex y asciende más de 3cm por el surco interventricular posterior.

La circunfleja rebasa el margen obtuso en el 90% de los casos, sin llegar a la cruz del corazón; en el 10% restante, rebasa la cruz y constituye la descendente posterior.

Las ramas de la arteria descendente anterior son:

- a) La arteria del cono que se anastomosa con la arteria del cono de la CD para formar así el arco de Vieussans.
- b) Las arterias diagonales, que se desprenden en el ángulo agudo, son paralelas entre sí. Se distribuyen por la pared libre del VI y se dirigen diagonalmente hacia el margen obtuso. Son por lo general 3 y se denominan 1ª, 2ª, y 3ª diagonales.
- c) Las arterias septales que se desprenden en ángulo promedio de 60° y penetran por el septum.
- d) Emergen otras ramas menores que irrigan la pared anterior del VD

Las ramas de la circunfleja son:

- a) En un 45% la arteria del nodo sinusal.
- b) Ramas ventriculares izquierdas que tienen gran variedad entre un corazón y otro a excepción de una rama constante que corre por el margen obtuso la cual irriga en toda su extensión que recibe nombre de arteria obtusa marginal o marginal izquierda.
- c) Cerca del origen de la marginal obtusa nace una rama auricular izquierda llamada arteria circunfleja auricular que corre paralela a la circunfleja cubre la superficie de la AI.

En todos los corazones existen comunicaciones anastomóticas entre ramas de una misma arteria coronaria (homoanastomosis) y entre ramas de diferentes arterias (anastomosis intercoronarias). Estas se encuentran en los septa y en las paredes libres, en el ápex y en la cruz. La longitud y el diámetro de estas anastomosis aumentan con la edad y alcanzan sus dimensiones normales a los 20 años de edad. Bajo la influencia de isquemia, sus dimensiones anatómicas e importancia funcional aumentan.

SÍNTESIS DE LA PATOLOGÍA.

El “Síndrome coronario agudo” es el término que se refiere a cualquier constelación de síntomas clínicos compatibles con isquemia miocárdica aguda; comprende la angina inestable y el infarto agudo del miocardio. Los síndromes coronarios agudos se deben a reducción aguda o subaguda de la suplencia primaria de oxígeno al miocardio, provocada por la ruptura de una placa aterosclerótica asociada a trombosis, vasoconstricción y embolización.¹⁸ En la práctica se encuentran dos categorías de Pacientes:

1. Pacientes en quienes se sospecha un síndrome coronario agudo, con dolor torácico en el momento de la consulta y elevación persistente del segmento ST o bloqueo reciente de rama izquierda. La elevación del segmento ST generalmente refleja una oclusión coronaria aguda total. El objetivo terapéutico es la recanalización rápida, completa y sostenida por medio de tratamiento fibrinolítico o de angioplastia primaria.

2. Pacientes que consultan por dolor torácico y anomalías del ECG que sugieren isquemia miocárdica aguda. No tienen elevación persistente del segmento ST, pero pueden presentar depresión del mismo, persistente o transitoria, o inversión de la onda T, aplanamiento de las ondas T o cambios electrocardiográficos no específicos; pueden tener ECG normal. Los pacientes con anomalías electrocardiográficas pero sin síntomas también deben ser incluidos en esa categoría. La estrategia en estos casos es mejorar la isquemia y sus síntomas, observar al paciente, tomar ECG seriados, medición repetida de marcadores de necrosis cardíaca (troponina y CPKmb) e iniciar el tratamiento adecuado si se confirma el diagnóstico.

La angina inestable y el infarto sin elevación del ST se caracterizan por desequilibrio entre la entrega y la demanda de oxígeno miocárdico. Las causas son:

1.- La más común, perfusión miocárdica reducida por el estrechamiento de una arteria coronaria a causa de un trombo no oclusivo que se desarrolla sobre una placa aterosclerótica erosionada o rota.

2. Menos común es la obstrucción dinámica, causada por espasmo local severo de un segmento de una arteria coronaria.

3. El estrechamiento progresivo severo sin espasmo o trombosis. Esto ocurre en pacientes con aterosclerosis progresiva o con reestenosis después de angioplastia o de la colocación de un *stent* intracoronario.

4. Inflamación arterial con ruptura y trombosis secundaria.

5. La llamada “angina secundaria”, en la cual una causa extrínseca al lecho arterial coronario precipita la angina. Estos pacientes tienen estenosis coronarias limítrofes y frecuentemente tienen angina crónica estable. La angina inestable es precipitada por:

- Aumento de los requerimientos de oxígeno, tales como fiebre, taquicardia y tirotoxicosis.
- Disminución de flujo coronario, como en hipotensión arterial.
- Disminución de la entrega de oxígeno al miocardio, como en anemia o hipoxemia.

18.- Mónica Jaramillo, Síndromes Coronarios Agudos, Instituto de Enfermedades Cardiovasculares, Fundación Santa Fe de Bogotá, Pág.1

La cardiopatía isquémica constituye una de las principales causas de muerte en nuestro país. En el corazón la tasa de extracción de oxígeno por los cardiomiocitos es máxima, dependiendo por completo la perfusión miocárdica del flujo coronario. Motivo por el cual cuando se altera su circulación condiciona isquemia miocárdica manifestada como angina estable (AE), angina inestable (AI) y/o infarto agudo del miocardio (IAM).

El endotelio disfuncionante se convierte en el eje fundamental de muchas patobiologías cardiovasculares: arteriosclerosis, hipertensión arterial, disfunción microcirculatoria, vasoespasmo, síndrome isquemia-reperfusión y aturdimiento miocárdico, proliferación de músculo liso e hiperplasia de la íntima. Es cómplice, de igual forma, del proceso de inflamación vascular, coagulopatías, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, síndrome metabólico y diabetes.

La angina estable crónica es la manifestación clínica de la isquemia miocárdica transitoria, como resultado del desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno, y consiste en la sensación de dolor opresivo, generalmente de localización esternal, provocada por el ejercicio físico o por situaciones emocionales y que mejora rápidamente con el reposo o con el uso de nitratos, usualmente de dos meses o más de evolución.

Hay seis signos cardinales de la angina de pecho: su aparición, localización, irradiación, concomitancia con otros síntomas, factores precipitantes y aliviadores del mismo.

El episodio típico de angina empieza de forma gradual y alcanza su máxima intensidad en un período de minutos (5 a 20), antes de disiparse, ya sea con reposo o farmacológicamente. Es raro que alcance su mayor intensidad en pocos segundos. El paciente usualmente reposa, se sienta o detiene su marcha durante el evento. La persistencia de dolor durante más de 20 minutos es muy rara, excepto en casos de angina inestable o infarto de miocardio.

Su localización es preferentemente central, retroesternal; raramente se circunscribe a un área pequeña o solo en el área del corazón. El paciente suele indicar la localización del dolor con el puño o la palma de la mano abierta y un poco crispada colocada sobre el pecho (Signo de Levine). Aunque la sensación de malestar se limita al tórax, con frecuencia irradia hacia el hombro, sobre todo el izquierdo, borde cubital del brazo, antebrazo, muñeca y mano izquierda; también al cuello, mandíbula y/o espalda, con menor frecuencia. El brazo derecho también puede estar comprometido.

Es frecuente el dolor epigástrico solo o acompañado de dolor torácico. Es infrecuente que se irradie por encima de la mandíbula o por debajo del epigastrio. La irradiación a miembros inferiores es una manifestación muy inusual de la angina de pecho.

Concomitantemente puede presentar síntomas disautónómicos como diaforesis, palidez, náuseas, disnea en reposo o con el ejercicio leve, que puede significar falla ventricular izquierda como expresión de severa isquemia miocárdica y que lleva a aumento de las presiones de llenado ventricular.

También se pueden presentar síntomas equivalentes a la angina como fatiga, eructos, desfallecimiento, especialmente en ancianos.

La angina estable suele desencadenarse como consecuencia de un esfuerzo y mejora con reposo. Este esfuerzo no solo puede ser físico, sino también de otros tipos: estrés mental (emociones, enfado, cólera, dolor, excitación, pesadillas), exposiciones al frío o al humo de cigarrillo, una comida copiosa o un ejercicio isométrico. Aparece de manera repetitiva durante ciertas actividades que el paciente conoce muy bien.

El dolor anginoso suele calmarse o aliviarse rápidamente con el reposo físico y emocional y con la administración de nitratos, que pueden tomarse

Infarto agudo del miocardio

Tiene una duración mayor de 20 minutos. El dolor es más severo. Hay cambios en el electrocardiograma (EKG) y elevación de marcadores cardíacos, ya que La "muerte celular", va a dar lugar a la liberación a la circulación sanguínea de las sustancias contenidas en el interior del cardiocito: Mioglobina, Troponinas cardíacas T e I, CK Total, CK-MB, LDH.

Las troponinas T, I y C aparecen en la sangre a partir de la cuarta hora de ocurrido la micronecrosis, aún cuando la troponina I aparece antes que la troponina T. su pico máximo se encuentra a las 12 hrs. y permanecen levadas por varios días.

Biomarcadores Cardiacos	Valores normales	Cinética en el Infarto Agudo al Miocardio
TROPONINA I CARDIACA	0.03-0.08ng/mL	Empieza a elevarse de 3-4hrs. Valor máximo 12-20hrs. Se normaliza 7-9días.
TROPONINA T CARDIACA	0-0.1 ng/mL	Empieza a elevarse de 4-6hrs. Valor máximo 12-20hrs. Se normaliza 10-14 días.
CKP-TOTAL	HOMBRES:190 U/L MUJERES:166U/L	Empieza a elevarse de 3-6hrs. Valor máximo 18-20-30hrs. Se normaliza 72-96 hrs.
CK-MB	<0.004 – 0.06 fracción de actividad total.	Empieza a elevarse de 3-6hrs. Valor máximo 12-24hrs. Se normaliza 48-72 hrs.
LDH	En adultos a 37°C de 230 a 460 U/L	Empieza a elevarse de 12-16hrs. Valor máximo 30-40hrs. Se normaliza 10-12 días
AST- Aspartato Aminotransferasa	Hombres:<40 U/mL Mujeres:<30 U/mL	Empieza a elevarse de 6-8hrs. Valor máximo 18-24hrs. Se normaliza 4-5 días
Mioglobina	85-90ng/mL	Elevación precoz de 2-3hrs. Valor máximo 6-8-12hrs. Se normaliza 24-36horas

Angina inestable

El patrón de presentación de la angina cambia, ya sea por factor precipitante, intensidad del dolor, duración del dolor, frecuencia de aparición y no mejoría con maniobras que previamente la lograban. También puede haber cambios EKG y algunos marcadores bioquímicos se liberan.

La Sociedad Cardiovascular Canadiense (CCSC) propuso un sistema de graduación de la severidad de la angina, que define aspectos más específicos de la vida cotidiana que la Asociación del Corazón de Nueva York (NYHA):

	Clasificación Funcional NYHA
Clase I	La actividad ordinaria no ocasiona excesiva fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. No hay limitación de la actividad física.
Clase II	Confortables en reposo. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. Ligera limitación de la actividad física
Clase III	Confortables en reposo. Actividad física menos que la ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. Marcada limitación de la actividad física.
Clase IV	Los síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo. Si se realiza cualquier actividad física el disconfort aumenta. Incapacidad para llevar acabo cualquier actividad física sin disconfort.

Dentro de los métodos terapéuticos desarrollados para el tratamiento de las obstrucciones de las arterias coronarias se encuentran la ACTP (angioplastia coronaria transluminal percutánea) y el empleo de soportes metálicos (stents), teniendo resultados satisfactorios. Debido a lo cual la cirugía de revascularización coronaria (CRVC) se realiza como un tratamiento alternativo en casos específicos.

MEDIASTINITIS:

Definición

Inflamación aguda o crónica del tejido conectivo del mediastino. El mediastino es un espacio torácico delimitado entre los dos sacos pleurales, el esternón y la columna vertebral. Su afectación aguda es consecuencia generalmente de una infección extendida desde cabeza o cuello; Mediastinitis necrotizante descendente (MND) o tras cirugía de la zona (Mediastinitis postquirúrgica). También puede ser una perforación aéreo digestiva el desencadenante del cuadro o, en más raras ocasiones, formas granulomatosas/crónicas.

Manifestaciones clínicas

Es importante dirigir la anamnesis a la búsqueda de antecedentes de cirugía o infecciones orofaríngeas, procesos invasivos esofagotraqueales, cirugía torácica previa y la posible presencia de inmunodepresión. Entre las primeras 48 horas (lo más frecuente) y las siguientes dos semanas podemos esperar el cuadro de las formas agudas.

Un paciente con mediastinitis aguda impresiona de gravedad, en situación de respuesta inflamatoria sistémica con taquicardia, taquipnea con disnea, tos, fiebre alta, dolor cervical (a veces exclusivamente torácico) que incrementa con los movimientos pudiendo provocar rigidez y edema en el cuello y parte superior de tórax. Puede haber crepitación por la presencia de enfisema subcutáneo. La disfagia/odinofagia es constante. Puede estar presente el **signo de Hamman** (ruido crujiente en la parte anterior del tórax sincrónico con la sístole) parálisis diafragmática por afectación de nervio frénico, pulso paradójico por taponamiento cardíaco, síndrome de vena cava superior por compresión o síndrome de Horner por extensión a ganglio estelar son menos frecuentes pero posibles.

Hay que inspeccionar boca y farínge, otoscopia, pares craneales, tórax, adenopatías cervicales, dolor, edema o crepitación, soplos, ingurgitación yugular, auscultación cardiopulmonar y abdomen, todo ello con el paciente monitorizado.

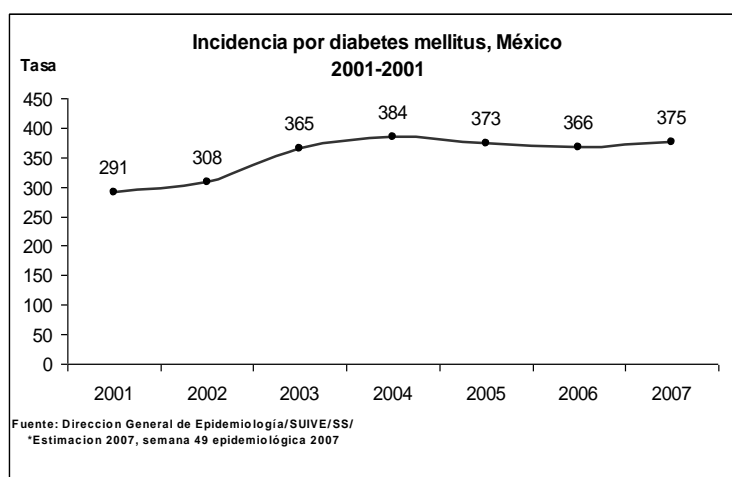
Etiopatogenia:

CLASIFICACIÓN	
Origen Aerodigestivo. Mediastinitis posterior. (Anaerobios, <i>Staph. aureus</i> y bacilos Gram negativos)	-Trauma externo: Rotura tercio inferior o esófago retrotraqueal. -Endoscopia: Prótesis, dilataciones, extracción cuerpo extraño. -Cáusticos. -Cirugía: Tiroidea, pulmonar, antirreflujo, dehiscencias suturas. -Tumores. Rotura espontánea: Sd Boerhaave.
Mediastinitis postquirúrgica. Mediastinitis anterior (<i>Staph. aureus</i> o <i>epidermidis</i> , Gram negativos)	-Supuración retroesternal. - Mediastinitis aguda supurada precoz. > 15 días pos cirugía. Grave. -Supuración parietal tardía. >3era semana pos cirugía. Tórpida. Menos grave.
Mediastinitis autónoma. (Histoplasma, tuberculosis, hongos, sarcodosis)	- Mediastinitis granulomatosa o fibrosante crónica. - Mediastinitis primitiva necrohemorrágica

EPIDEMIOLOGIA.

La prevención y el control de las enfermedades crónicas es una necesidad cada vez más apremiante. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y representan más de 60% del total de las defunciones en el mundo. Tan sólo en el último año, este tipo de padecimientos causaron 35 millones de defunciones en todo el planeta, lo que significó el doble de defunciones ocasionadas en conjunto por enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y por desnutrición.

Dentro de las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. En México la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar en número de defunciones por año; las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales.

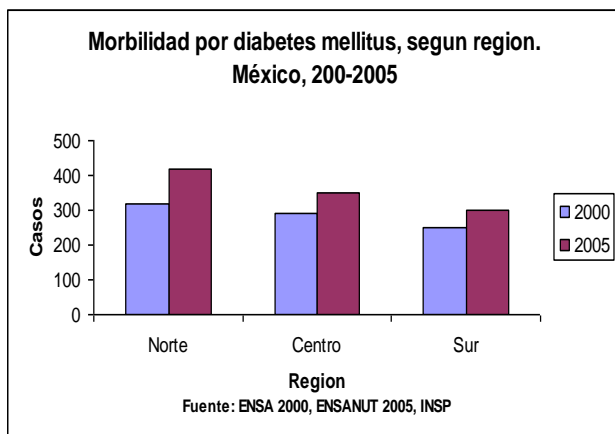


Mortalidad

A partir del año 2000, la diabetes mellitus es la primera causa de muerte en mujeres. En los hombres fue la segunda causa de muerte después de la cardiopatía isquémica, padecimiento asociado con bastante frecuencia a la diabetes. En 2006, la diabetes representó 13.8% de todas las muertes ocurridas en el país con una edad promedio al morir de 66 años.

Mortalidad por Diabetes en México, 1940-2005		
Año	Tasa*	Lugar dentro de las principales 20 causas
1940	4.2	-
1960	7.9	19
1970	16.9	15
1980	21.8	9
1990	31.7	4
2000	46.8	3
2005	63	1
2006	65.2	2
2007	62	2

* Tasa por 100 000 habitantes. Fuente: Anuarios de mortalidad /SEED /DGESS /INEGI/1940,1960-2006.

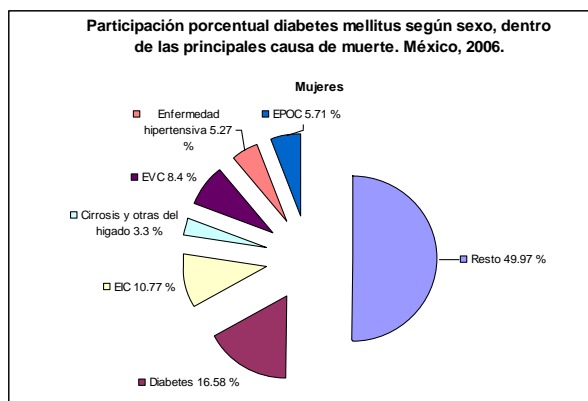
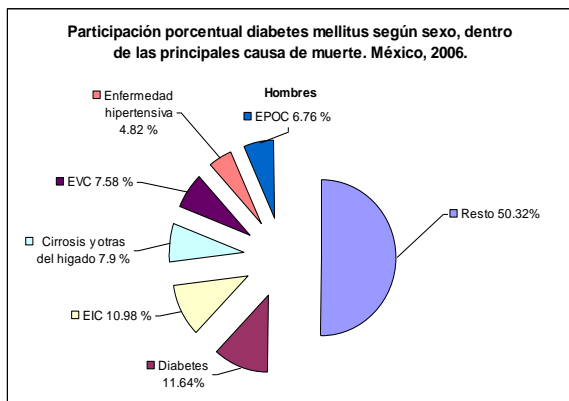


Morbilidad

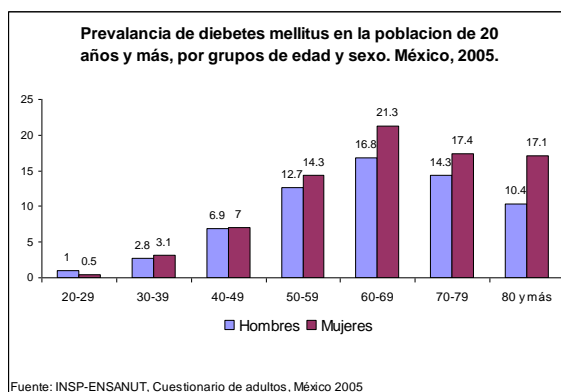
En relación a la morbilidad, la diabetes tipo 2 representa 97% del total de casos nuevos registrados. De 2001-2007 se aprecia un incremento de 28% al pasar de una tasa de 291.0 a 375 por 100,000 habitantes, respectivamente. No obstante, en los últimos cuatro años se estima una estabilización de las tasas de incidencia respectivas.

Al analizar la información por región geográfica se aprecia un incremento de la incidencia en las distintas regiones del país, en comparación con las cifras registradas en el año 2000.

Participación porcentual de la diabetes mellitus por sexo en relación al total de defunciones ocurridas en México en el 2006. En su distribución por grupos de edad la diabetes afecta principalmente a los adultos en edad productiva y adultos mayores.



De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005 (ENSANUT) la prevalencia aumentó a 9.5%, lo que representa un total de 5.5 millones de personas con diabetes; se ha observado un claro incremento del riesgo de diabetes conforme aumenta la edad. En la población urbana, la prevalencia fue significativamente mayor (8.1%) que en la población rural (6.5%). La enfermedad fue más frecuente en la región norte del país (8.4%) y en el área metropolitana de la ciudad de México (8.1%).



De acuerdo a la información obtenida por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2 los principales motivos de ingreso asociados a diabetes durante 2006 fueron: las complicaciones crónicas (33%) y afecciones agudas (32%), así como procesos infecciosos (11%). La diabetes inicia con el incremento de peso que ocurre años previos al diagnóstico, el cual se relaciona con resistencia a la insulina y la consecuente hiperglucemia (la concentración de glucosa en sangre aumenta al principio sólo después de ingerir alimentos y años después aun en estado de ayuno). La diabetes triplica el riesgo de aterosclerosis manifestada por infartos del miocardio y embolias cerebrales, es la principal causa de insuficiencia renal, ceguera, amputaciones no traumáticas, hospitalizaciones e incapacidad prematura, lo cual explica el 30% de la mortalidad general.¹⁹

Motivos de ingreso hospitalario. Complicaciones agudas y crónicas. 2004-2006		
AGUDA	Estado hipermolar	11
	Cetoacidosis	8
	Hipoglucemia	7
	Deshidratación	4
	Necrobiosis	10
	Insuficiencia renal	3
	Crisis hipertensiva	3
CRÓNICA	Enfermedad vascular	
	Cardiopatía Isquémica	3
	Neuropatía	1
	Retinopatía	0.4
INFECCIOSA	Proceso infeccioso no señalado	5
	Infección vías urinarias	2
	Neumonía	2
	Tuberculosis	0.4
	VIH/SIDA	0.1
OTRA	Otra no relacionada	22
	Atención obstétrica	0.6
SIN DATO		0.9

La hipertensión arterial sistémica es un problema de salud pública que enfrenta la sociedad contemporánea. Es una enfermedad crónica del adulto que, junto con la diabetes mellitus tipo 2, las dislipidemias, la obesidad, el síndrome metabólico y la aterosclerosis, ha incrementado y superado en prevalencia a las enfermedades transmisibles. La hipertensión arterial sistémica es la enfermedad de riesgo cardiovascular de mayor predominio en el mundo y su efecto nocivo aumenta cuando se asocia con otros factores de riesgo.

En México la encuesta nacional de salud (ENSA) 2000 reporto una prevalencia de 30.05% para la hipertensión arterial sistémica; el aumento de la misma fue notable en la población de 50 años en adelante. Del total de personas identificadas como hipertensas, 61% ignoraba el diagnóstico médico, situación que predominó en la población de 20 a 30 años de edad. Cabe destacar que del total de personas que se sabían portadoras de HAS (39%) solo el 47% seguían un tratamiento médico.

19.- Secretaría de Salud, **PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Diabetes Mellitus**, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Pág. 21

La encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) informo que, en el año 2006, 30.8% de los adultos encuestados eran portadores de hipertensión arterial sistémica, es decir, dos millones más que en el año 2000. La mortalidad específica causada por enfermedad hipertensiva en el año 2007 fue de 2.8%, según la cifra reportada por el INEGI.

Las enfermedades isquémicas del corazón son la segunda causa de muerte en todos los países desarrollados y también en México. Es importante hacer hincapié en el aumento de morbilidad (10-15%) debida a cardiopatía isquémica en la población joven sin embargo, el promedio de edad típico le sigue correspondiendo a las personas mayores de 60 años. En México la tasa de mortalidad ha ido en ascenso en los últimos 30 años; el INEGI reporto que en el año 2007 la mortalidad específica atribuible a las enfermedades isquémicas del corazón fue de 11%.

Ocho principales causas de Mortalidad hospitalaria periodo del 26/08/2010 al 25/09/2010

Orden de frecuencia	Causa	N° de casos	Tasa
1	Enfermedades isquémicas del corazón	6	28.571%
2	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	5	23.809%
3	Enfermedades reumáticas del corazón	4	19.047%
4	Valvulopatías no reumáticas	2	9.5238%
5	Tumores (neoplastias)	1	4.7619%
6	Enfermedades cardiopulmonares	1	4.7619%
7	Cardiomiopatías miocarditis	1	4.7619%
8	Miocardopatía Idiopática	1	4.7619%

FUENTE: Departamento de Bioestadística INCICH

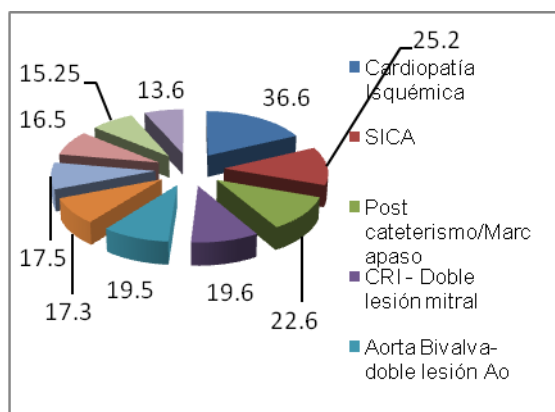
Diez principales causas de Morbilidad hospitalaria periodo del 26/08/2010 al 25/09/2010

FUENTE: Departamento de Bioestadística INCICH

Orden de frecuencia	Causa	N° de casos	Tasa
1	Enfermedades isquémicas del corazón	136	31.554%
2	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	104	24.129%
3	Enfermedades reumáticas del corazón	38	8.8167%
4	Enfermedades del sistema genitourinario	23	5.3364%
5	Cardiomiopatías miocarditis	20	4.6404%
6	Trastornos del ritmo	20	4.6404%
7	Valvulopatía no reumáticas	19	4.4084%
8	Enfermedades hipertensivas	12	2.7842%
9	Miocardopatía idiopática	12	2.7842%
10	Trastornos de la conducción	9	2.0882%
11	Otras causas	38	8.8167%
	TOTAL	431	100%

Primeras 10 Patologías con más Días de Estancia en el Tercer Piso del INCICH

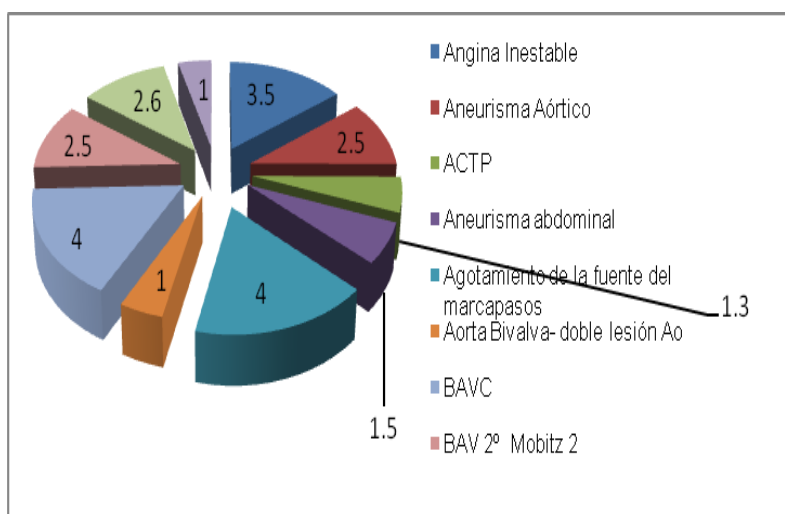
PATOLOGIA	Promedio	Frecuencia
Cardiopatía Isquémica	36.6	52
SICA	25.2	28
Post cateterismo/Marcapaso	22.6	3
CRI - Doble lesión mitral	19.6	3
Aorta Bivalva- doble lesión Ao	19.5	4
CIV	17.3	3
Síndrome Marfán	17.5	3
DLA	16.5	15
Enf. Trivascular	15.25	4
Doble lesión mitral	13.6	6



Referencia: Libreta de ingresos y egresos del servicio de Cardiología Adultos de 3er piso del 1 de Enero al 31 Agosto 2010.

Patologías con más Días de Estancia en la Unidad Coronaria del INCICH

PATOLOGÍAS	Promedio	Frecuencia
Angina Inestable	3.5	46
Aneurisma Aórtico	2.5	13
ACTP	1.3	4
Aneurisma abdominal	1.5	2
Agotamiento de la fuente del marcapasos	4.0	1
Aorta Bivalva- doble lesión Ao	1.0	1
BAVC	4.0	38
BAV 2º Mobitz 2	2.5	2
BAV	2.6	16
CIV	1.0	1
Cardiopatía Isquémica	4.3	178
Crisis hipertensivas	4.2	14
Cardiopatía Isquémica Dilatada	2.3	3



Referencia: Libreta de ingresos y egresos del Servicio de Coronarias piso del 1 de Enero al 31 Agosto 2010.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 59 años de edad cronológica a la aparente; originario y reside en Veracruz, cursó hasta el 5° de primaria, se dedica al campo; profesa la religión católica, casado, habita una casa propia con todos los servicios intra y extra domiciliarios.

Padre finado por complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Madre con cáncer digestivo no especifica el sitio. Tiene 7 hermanos: un hermano finado a la edad de 63 años de edad por neumonía, 2 hermanos actualmente en tratamiento quimioterápico, no especifica datos, resto con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2); refiere dos hijos clínicamente sanos.

Inicia su padecimiento actual a inicios del 2009 con episodios de dolor torácico punzante asociado a actividad física de grandes a moderados esfuerzos y cedía a los pocos minutos con el reposo; en marzo del mismo año se volvieron más frecuentes y el dolor no cedía, con mejoría al realizar movimientos de relajación de la extremidad torácica izquierda; siguió en estudio a través de consulta externa, hasta que el 16 de noviembre del 2010 se decide su ingreso al 3er piso de hospitalización del Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez"; con un diagnóstico médico de Cardiopatía Isquémica, Angina Crónica Estable, Enfermedad Trivascular, Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemia; se comenta su caso en la sesión médico quirúrgica y se decide programarlo para cirugía cardiaca de revascularización coronaria con arteria mamaria; se lleva a cabo la intervención el día 7 de diciembre del 2010; posteriormente ingresa al 3er piso de hospitalización el 10 de diciembre del 2010. Tuvo una mala evolución con herida quirúrgica eritematosa, e inestabilidad torácica; por lo que se decide que el 15 de diciembre del 2010 sea reintervenido quirúrgicamente para exploración mediastinal y esternotomía parcial por presentar Mediastinitis. Se valora por el departamento de cirugía encontrando una mala evolución, se programa para esternotomía total y rotación de pectoral derecho el día 29 de diciembre del 2010; Reingresa al 3er piso de hospitalización el 1° de enero del 2011; es valorado nuevamente por el departamento de cirugía y se decide que el 24 de enero del 2011 sea reintervenido para cierre de herida y retiro de drenajes.

Solicita y es egresado por alta voluntaria el 25 de enero del 2011 con 62 días de permanencia hospitalaria y con un diagnóstico médico Posoperatorio tardío de Revascularización Coronaria + Mediastinitis + Esternotomía Total con Rotación de Pectoral Mayor Derecho, Diabetes Mellitus Tipo Dos, Hipertensión Arterial Sistémica.

INSTRUMENTO METODOLOGICO PARA LA VALORACIÓN DE ENFERMERIA (MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre: Isidro V. V. Edad: 59 años Sexo: Masculino Ocupación: Campeño
 Estado Civil: Casado Religión: Católica
 Domicilio: Pozo 2 N°27 división de oriente poza rica de hidalgo 93350, Veracruz
 Servicio: Hospitalización 3er. piso Días de estancia 62 N° de cama 319

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

- **Subjetivos:**

Permeabilidad de las vías aéreas: Si: No: X ¿Por qué?: Refiere que producto de un accidente en la infancia presenta desviación del tabique nasal lo que le provoca dificultad moderada para respirar;

Fumador: Si

Desde cuando fuma/cuantos cigarrillos al día/varía la cantidad según su estado emocional: Antecedentes de tabaquismo desde los 20 años de 10 a 15 cigarros por día, aunque dejaba de fumar de dos a tres días a la semana durante 10 años, hace 25 años que dejo de fumar.

Antecedentes cardiorespiratorios: Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), diagnosticada y tratada por facultativo desde hace 15 años con amlodipino 10mgs al día.

- **Objetivos:**

Alteraciones en la anatomía del sistema respiratorio: Presenta desviación del tabique nasal, esternotomía total, rotación del pectoral derecho.

Valoración y registro de signos vitales:

Variables Hemodinámicas	Valoración por hora		
	8 hrs	11 hrs	13hrs
T/A	114/66mmHg	104/76mmHg	87/60mmHg
Frecuencia Cardiaca	100lx'	96lx'	95lx'
Respiraciones	36rx'	28rx'	32rx'
SaO2	92%	95%	93%

Disnea/reposo/pequeños esfuerzos/medianos esfuerzos: disnea con esfuerzos mayores Ortopnea: No Polipnea: Si Bradipnea: No

Disnea debido a: dolor .

Amplitud respiratoria/profundidad/superficial: a la auscultación se encuentran campos pulmonares hipoventilados; se observa una respiración de tipo abdominal y superficial.

Ruidos respiratorios/estertores/sibilancias/crépitos: broncovesiculares, con disminución en la entrada de aire en ambas bases

Dolor asociado con la respiración: Si

Tos productiva/seca: no Estado de conciencia: Glasgow de 15 puntos, orientado en tiempo persona espacio y lugar; cooperativo a su tratamiento.

Oxigenoterapia: Si Tipo: A través de mascarilla con puritan al 40% y se intercala con puntas nasales a 3 litros por minuto.

Coloración de la piel/lechos ungueales/peribucal: Pulsos carotídeos sincrónicos y homocrotos en extremidades superiores se encuentra pulso constante con buena amplitud, frecuencia e intensidad; llenado capilar de 3 a 4 segundos; en extremidades inferiores pulso filiforme con un llenado capilar de 4 a 5 segundos.

Biometría hemática/día	3-1-11	6-1-11	10-1-11	Valores normales
Eritrocitos (RBC)	3.70	3.93	3.55	4.57-5.99 millones/ μ L
Hemoglobina (Hb)	11.7	12.2	11.2	12.2-18.1 g/dL
Hematocrito (Ht)	33.9	36.4	32.9	42.6-52.6%

Monitoreo ECG continuo: Si Características generales del ritmo cardiaco: Ritmo sinusal
 Accesos endovenosos: Catéter yugular trilumen izquierdo permeable a una solución salina 0.9% 1000cc+40mEq KCl+1gr de Sulfato de Magnesio a 40cc/hr

Pulso: N= normal D= Débil P= Paradójico A= Ausente

Carotideo: N Humeral: N Radial: N Popiteo: D Pedio: D Femoral: D

Llenado capilar: Miembros superiores: 3 a 4 seg. Miembros inferiores: 4 y 5 seg.

Ingurgitación yugular: No

Dolor precordial: cero 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Otros: Dentro de su tratamiento médico se encuentra, con amlodipino 10mg vo cada 24 hrs, enalapril, 20mg vo cada 12hrs, aspirina 100mg, vo cada 24hrs., amiodarona, 200mg. vo cada 24hrs, metoprolol, 25mg vo cada 24hrs.

Escala de Glasgow: 15 puntos

Apertura Ocular		Respuesta Motora		Respuesta Verbal	
Espontánea	4	Obedece ordenes	6	Orientado	5
Respuesta a la Voz	3	Localiza el dolor	5	Conversación confusa	4
Respuesta al dolor	2	Se retira al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Sin respuesta	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2
		Descerebración	2	Sin respuesta	1
		Sin respuesta	1		

2. NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN Y BEBER.

- **Subjetivo:**

Conocimiento de los grupos de alimentos: Refiere saber la importancia de combinar los alimentos y que en su hogar la combinación de estos es de la siguiente forma: pollo: 2/7, carne roja 3/7, pescado 3/7, verduras: 7/7, fruta: 7/7, leguminosas: 3/7, huevo, 4/7, tortilla:4 a 5 7/7.

Número de comidas diarias: Realiza 3 comidas diarias completas

Prefiere comer los alimentos: Le gusta mucho la fruta, casi no le gusta el huevo y las verduras, en el desayuno prefiere fruta, café, cereal, nada de pollo, carne pescado o huevo

Intolerancia a alimentos/alergias: Refiere no tener ningún tipo de alergias o intolerancia a algún alimento

Ingestión de líquidos en 24 hrs: Trata de ingerir de 1 a 2 litros de agua al día

Lugar donde come: En casa; quien se encarga de la preparación de los alimentos es su esposa.

Requiere apoyo para comer: No Requiere apoyo para la preparación de alimentos: no

Apetito bueno/regular/deficiente: Refiere tener un buen apetito, pero ha disminuido con la operación

Problemas de masticación y/o deglución: no

Fluctuaciones de peso en los últimos 6 meses: Si, ha bajado de peso, llegó a pesar hasta 89 kilos antes de la hospitalización y actualmente pesa 87 kilos.

- **Objetivos:**

Peso: 87 Kg Talla: 1.77 mts. Complexión: robusta Área de Superficie Corporal: Es de 2.0, un IMC de 27.76 kg/m² por lo que se encuentra en sobre peso; su peso ideal son 75.35kg y su requerimiento calórico es de 2260.5 Kcal.

Tipo de dieta: Dieta blanda sin irritantes hiperprotéica para diabético de 1800kCal con restricción hídrica de 1500cc, con vigilancia de la glicemia preprandial y: esquema de insulina de acción rápida subcutánea:

160-200=2UI, 201-240=4UI, 241-280= 6UI >280=8UI

FECHA	HORA	GLICEMIAS	EIAR SC
3/enero/2011	12:30hrs	94mg/dl	()
4/enero/2011	12:30hrs	246mg/dl	4UI
5/enero/2011	12:30hrs	236mg/dl	4UI

Turgencia de la piel: Membranas mucosas hidratadas/secas: Presenta buena hidratación y coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas.

Características de uñas/cabello: Uñas gruesas ligeramente amarillas

Aspecto de los dientes y encías: Anodoncia total, y prótesis móviles en ambos maxilares.

Historia de problemas cutáneos/de cicatrización/sequedad/sudoración excesiva: Presenta dificultad en el proceso de cicatrización en herida quirúrgica media longitudinal esternal; así como tegumentos hidratados, se observa edema (++) en extremidades superiores; y en extremidades inferiores de (+++).

Otros: Dentro de su tratamiento farmacológico, encontramos, omeprazol 40mg IV cada 24 hrs, simvastatina 40mg vo cada 24hrs, metformina, 750mg vo cada 8 hrs, butilioscina 1 amp IV cada 8hrs Por Razón Necesaria, metoclopramida, 10mg, IV cada 8 hrs

Otros:

Valoración del Grado de edema:

Grado	Fovea	Recuperación
I +	2mm	Casi instantánea
II ++	4mm	15 segundos
III +++	6mm	Un minuto
IV ++++	1cm	Persistencia de 2-5 minutos

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

- Subjetivos:

Hábitos intestinales/número de defecaciones al día/fecha de última defecación/características: Refiere problemas de estreñimiento, puede pasar de 2 a 3 días sin evacuar y cuando logra hacerlo es una vez al día y con mucha dificultad, hasta presentar un ligero sangrado.

Hábitos urinarios/frecuencia/disuria/nicturia/urgencia miccional/hematuria/retención: No refiere molestia alguna; solo que orina con mucha frecuencia en el día 8-9 veces

- Objetivos:

Abdomen características: Abdomen blando depresible a la palpación sin datos de visceromegalias.

Presencia de ruidos peristálticos: Si, de 4 a 5 movimientos peristálticos.

Presencia de sonda uretral a permanencia: No

Características macroscópicas de la orina: color amarillo ambar, un olor ligeramente a urea

Otros: miccil 0.5mg IV cada 24hrs, furosemide 20mg VO C724hrs

Valoración cuantitativa:

	3-ENE-11	5-ENE-11	10-ENE-11	24-ENE-11
Diuresis	840 mL	560 mL	800 mL	350mL
Volumen urinario	1.2 mL/kg/hr	0.8 mL/kg/hr	1.1 mL/kg/hr	.5mL/kg/hr
Evacuaciones	si	no	no	si
Drenajes (sistema VAC, subcutáneo y retroesternal)	126 mL	170 mL	145 mL	26 mL
Perdidas insensibles	348 mL	348 mL	348 mL	348 mL

Resultados de laboratorio: química sanguínea:

	3-ENE-11	5-ENE-11	10-ENE-11	24-ENE-11	Valores normales
Nitrógeno urea en suero	37.40	31	20.77	15.40	9-20 mg/ dL
Creatinina en suero	1	1	0.95	0.91	0.8-1.5 mg/ dL
Acido úrico en suero	4.55			4.91	4.0-8.0 mg/ dL
Sodio en suero	126	127	135	136.5	137-145 mmol/L
Albumina	2.53			3.24	3.5-5.0 g/ dL
Proteínas	5.14			5.78	6.0-8.0 g/dL

Historia de hemorragias/enfermedad renales: Nefropatía diabética
 Uso de laxantes: Refiere que en casa no, en el hospital se le ministra lactulas 10cc cada 12 hrs
 Hemorroides: no
 Dolor al defecar/menstruar/orinar: refiere dolor a evacuar
 Otros:

Volumen Urinario	
Normal	>1mL/kg/hr.
Oliguria	+1mL/kg/hr.
Anuria	+0.5mL/kg/hr.
Gasto Urinario = diuresis (ml)/ peso (kg)/ numero de horas	

4. NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN.

- **Subjetivos:**

Adaptabilidad de los cambios de temperatura/bebidas/clima: No refiere tener problemas para adaptarse al medio ambiente.

Ejercicio/tipo y frecuencia: No realiza ninguna clase de ejercicio

Temperatura ambiental que le es agradable: Le gusta el calor de donde vive y no le gusta el frio del hospital pero lo tolera.

- **Objetivos:**

Características de la piel: Tegumentos hidratados, con edema de ++ en extremidades superiores, y +++ en extremidades inferiores, pérdida de la integridad cutánea en herida quirúrgica media longitudinal esternal y cara interna de muslo izquierdo

Transpiración: normal Temperatura Corporal: Durante su estancia hospitalaria se mantiene eutérmico y no presentó problemas para mantener en equilibrio la temperatura corporal:

Día	3 DE ENERO DEL 2011		
Hora	8:00hrs	11:00hrs	13:00hrs
Temperatura	36.6°C	36.0°C	36.1°C

Condiciones del entorno físico: La habitación donde ese encuentra es un poco frio, por lo que después del baño siempre se le ayuda a colocarse la bata de franela.

5. NECESIDADES DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

- **Subjetivo:**

Capacidad física cotidiana: Refiere que antes de la hospitalización siempre fue una persona muy activa, y nunca estaba sin hacer algo.

Actividades en el tiempo libre: caminar y estar con la familia

Hábitos de descanso: casi no descansaba siempre había cosas que hacer en la casa y en el trabajo

- **Objetivos:**

Sedación: No

Estado del sistema musculoesquelético: Conserva un buen tono muscular y buena movilidad

Capacidad muscular: Refiere adinamia y debilidad muscular.

Postura: La mayor parte del tiempo se encuentra sentado en el reposet y se observa ligeramente encorvado o en la cama, acostado, tolera el decúbito dorsal; sin embargo, prefiere estar en posición fowler.

Necesidad de apoyo para la deambulación: Si, de parte de familiar y/o enfermera.

Vestirse: Si; requiere el apoyo del familiar y/o enfermera.

Dolor con el movimiento: si, 3/10 en escala visual analógica (eva).

Presencia de temblores: No

Se aplicó la escala de Norton obteniendo los siguientes datos: y un resultado de 15 puntos

Condición física	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
Buena: 4	Orientado: 4	Deambula: 4	Total: 4	Control: 4
Regular: 3	Apático: 3	Deambula con ayuda: 3	Disminuida: 3	Ocasional: 3
Pobre: 2	Confuso: 2	Cama / silla: 2	Muy limitada: 2	Urinaria o Fecal: 2
Muy mala: 1	Inconsciente: 1	Encamado: 1	Inmóvil: 1	Urinaria y Fecal: 1

Estado emocional: Se observaba aparentemente tranquilo

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

- Subjetivo

Refiere que en su hogar se levanta entre 5:00 y 6:00 de la mañana, nunca hacía siestas durante la tarde se dormía como a las 11:00 a más tardar; es decir, dormía entre 6 y 7 horas seguidas.

Durante la hospitalización:

Duerme bien: no ¿Por qué? Por todo el movimiento que existe en el hospital; todos los drenajes que presenta y la monitorización

Horas de descanso: 8 horas Horas de sueño: aproximadamente 5 Horas efectivas.

Siesta: Realiza siestas durante el día, no más de 30 minutos.

Necesita medicación para conciliar el sueño: A las 22hrs se le ministra tafil 0.25mg

Trastornos de sueño/despertar temprano/insomnio/pesadillas: No logra conciliar el sueño y siente que no descansa hasta ha llegado a tener pesadillas.

Se siente descansado después de dormir: No, se siente agotado durante el día.

- Objetivos:

Estado mental/Ansiedad/estrés/lenguaje: consciente; orientado; cooperador a su tratamiento, utiliza un lenguaje coherente.

Ojeras: Morfológicamente normales sin alteración auditiva.

Atención: ligeramente distraído Bostezos: No Concentración: Parcial

Apatía: Si Cefalea: No Respuesta a estímulos: Si

7. NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

- Subjetivos.

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No

Sus creencias le impiden vestirse como le gustaría: No

Necesita apoyo para la selección de su vestuario: No

- Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: Si, Utiliza bata de franela.

Vestido completo: Si Sucio: No Inadecuado: No

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

- Subjetivo.

Frecuencia del baño: Una vez al día Momento preferido del baño: Por las mañanas.

Tipo de baño: De esponja Cuantas veces se lava los dientes al día: Asea su prótesis dental dos veces al día.

Aseo de manos antes y después de comer: Si Después de eliminar: Si

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no

- Objetivo.

Aspecto general.

Color de la piel: ligera palidez generalizada

Estado de la piel:

Hidratada: Si Integra: No con lesión: Si

Halitosis: No

Estado del cuero cabelludo: Alopesia

Lesiones dérmicas tipo: no

Heridas Quirúrgicas: Herida quirúrgica media longitudinal esternal dehiscente en tercio inferior drenando líquido seroso hemático de moderado a abundante, drenaje retro esternal y subcutáneo costal derecho con salida de líquido seroso hemático de moderado a abundante; herida quirúrgica (safenectomía) en cara interna de muslo limpia, seca en buen proceso de cicatrización.

Presencia de úlceras por presión: No

Otros: Se obtiene muestra del líquido mediastinal y se encuentra enterobacter cloacae sensible a amikacina; en el cultivo de la secreción de drenaje retroesternal se encontró coccus faecals y spidemidis cubierto con daptomicina y tygeciclina.

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGRO.

- Subjetivo.

Cuantos miembros componen la familia de pertenencia: actualmente solo vive con su esposa, pero también tiene dos hijos y nietos

Cómo reacciona ante situación de urgencia: se mantiene tranquilo y atento a las indicaciones

Conoce las medidas de prevención de accidentes: Si

En el hogar: si

En el Trabajo: si

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Si, antes de la hospitalización cada 6 meses o máximo un año

Familiares: muy poco una vez al año o más

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Le gusta pasar tiempo solo "reflexionando", por eso le gusta salir a caminar

- Objetivos.

Deformidades congénitas: No

La cama cuenta con barandales de protección: Si

La unidad del cliente cuenta con buena iluminación: Si

Requiere sujeción: No Requiere la presencia de familiar: No

Requiere de algún dispositivo muletas/bastón/andadera/silla de ruedas/: Si, requiere sillas de ruedas por la presencia de drenajes en región media longitudinal esternal y costado derecho para su traslado sobre todo al realizarse algún procedimiento en otra área, pero de preferencia no se movilizaba fuera de su unidad

Dolor: Si

Localización: Generalizado Intensidad 1 2 3 **4** 5 6 7 8 9 10

Se le indica paracetamol 1gr vo cada 6hrs y tramadol 50mg IV cada 8 hrs Por Razón Necesaria

Estado cognoscitivo: Se encuentra perceptivo, y es cuidadoso al intentar realizar alguna actividad.

Riesgo de caída: Alto

Escala de Riesgo de Caída

Valoración de riesgo de caídas	Puntos
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidente	1
Total de puntos	10
De 4 a 10: alto riesgo de Caída, tarjeta de color rojo	
De 2 a 3: mediano riesgo de caída, tarjeta de color amarillo	
De 0 a 1: bajo riesgo de caída, tarjeta de color verde	

Deficiencias senso-perceptivas: Refiere usar lentes para vista cansada, no tiene problemas en el olfato, sin embargo a veces siente que ha perdido poco a poco el sabor de los alimentos y le sabe un poco insípida la comida

Factores de riesgo: Hipertensión Arterial Sistémica Diabetes Mellitus tipo 2.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

- Subjetivo:

Edo. Civil: casado Vive con: su esposa

Preocupaciones/estrés: Le preocupa las complicaciones desde la operación y el monto económico de su hospitalización

Familia: desde su punto de vista siempre ha tenido buena comunicación con su familia

Otras personas que pueden ayudar: trata de no involucrar a otras personas lo que es de la familia se queda en la familia

Comunica problemas debido a la enfermedad/estado: Si

Cuanto tiempo pasa sola (o): por la mañana y noche, a la hora de la visita siempre hay alguien que lo va a ver, de hecho hay ocasiones que llegan personas a visitarlo aún fuera del horario de visita.

El paciente es demandante/cooperativo/quejumbroso a su tratamiento: A veces demandante pero siempre muy cooperador

Estado de ánimo actual: La mayor parte del tiempo se observa muy callado y pensativo

Manifiesta:

Emociones y sentimientos: No Problemas sociales: observaba que había ocasiones donde comentaba con sus compañeros de cuarto acerca de política, o la situación actual del país, pero dependía mas de sus compañeros el iniciar la platica

Le cuesta pedir ayuda: No Le cuesta aceptar ayuda: En ocasiones.

- Objetivos:

Habla claro: Si Confusa: No Dificultad: No Afásica: No

Visión: disminuida

Audición: conservada Comprende y sigue las instrucciones que se le dan: Si

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

- Subjetivo.

Religión: católica Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Su creencia religiosa afecta la atención en su salud: No

Otros: El manifiesta que su actitud ante la vida y la muerte es de asimilación, resignación pero nunca pierde la fe; aunque a veces se ha llegado a sentir triste por su situación de salud actual sabe que hay mucha gente que cree en él, que lo estiman y que le dan mucha fuerza para salir adelante

Sus creencias le ayudan: Si, a mantener la fe en que todo saldrá bien.

- Objetivos:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): Ninguno

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Se observaban imágenes de santos en su buró

Solicita apoyo religioso: Si, acepta la visita de las religiosas que van todas las mañanas a entregar la comunión

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

- Subjetivo:

Situación laboral/empleo/incapacidad temporal/incapacidad prolongada/desempleo: La persona refiere dedicarse al campo con una jornada de 6:00 hrs a 18:00 hrs; lleva toda su vida ejerciéndola ya que su papá se dedicaba a lo mismo, su esposa es la única persona que depende de él económicamente, ya que sus hijos son casados y cuentan con su propio trabajo, aunque a veces si los llega a apoyar, su ingreso le permite cubrir por lo menos con las necesidades básicas

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: Hasta 12 horas.

Está satisfecho con su trabajo: Si

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o de las de su familia: Si

Está satisfecho con el rol que juega: Si

- Objetivo.

Estado emocional calmado/ansioso/enfadado/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: se observa con aparente calma y ligeramente distraído

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

- Subjetivo.

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Caminar por lo menos 30 minutos diarios y convivir con la familia.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: Si

Recursos disponibles para la realización de terapia ocupacional/recreativa: En el Instituto existe un programa que se llama "sigue aprendiendo en el hospital"; el cual consiste en ofrecerles a los clientes hospitalizados alguna actividad para entretenerse como libros, manualidades, pasatiempos como sopas de letras, crucigramas, juegos de mesa como domino o baraja.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No.

Otros: Refiere que antes de ser internado al hospital al terminar su jornada de trabajo o antes de empezarla realizaba caminatas de aproximadamente 30 minutos para meditar, relajarse y pensar y en su tiempo libre le gusta convivir mucho con su familia.

- Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: miembros torácicos íntegros simétricos, marcha lenta estable, coordinación en cada movimiento, mantiene el equilibrio; se observa limitación en la movilidad ya que se encuentra con varios dispositivos para su tratamiento, como el Sistema VAC, dos drenajes en costado derecho, catéter yugular, y monitorización continúa, con buena tonicidad muscular generalizada, coordinación de movimientos en extremidades, marcha estable en equilibrio, simetría facial, conserva la capacidad de distinguir olores, existe una disminución de su agudeza visual, conserva un campo visual amplio y distingue los colores, abertura palpebral simétrica, coordinada y de la misma amplitud, globos oculares simétricos, sin alteración en los movimientos, responde a estímulos sensitivos faciales, se observa que mastica con fuerza,, reflejo vagal presente, sin problemas para la deglución, sin desviación en las comisuras labiales, sonríe, y gesticula de manera normal, refiere haber perdido capacidad para distinguir sabores, pabellones auriculares simétricos íntegros, conducto auditivo a la observación limpio y permeable, agudeza auditiva conservada

Rechazo de las actividades recreativas: Si, se muestra renuente a esas actividades.

Estado de ánimo Apático/aburrido/participativo: Apático y aburrido

Demanda actividades recreativas: No

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

- Subjetivo.

Nivel de estudio: 5° de primaria Problemas de aprendizaje: si falta de interés

Limitaciones cognitivas: ninguna Tipo: Preferencias: leer/escribir: No le gusta leer.

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje de su comunidad: si, pero no participa en ellas

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Presenta interés a las indicaciones que se le dan así como a las repercusiones que pueda tener en su salud.

- Objetivo.

Memoria reciente: Conservada

Memoria remota: Conservada

Conoce el motivo de su ingreso: Si, y de cada procedimiento que se le ha realizado

Conoce su padecimiento y su tratamiento: Si

Otras manifestaciones: Como se menciona con anterioridad en el Instituto existe un programa que se llama "sigue aprendiendo en el hospital"; el cual consiste en ofrecerles a los pacientes alguna actividad para entretenerse como libros, manualidades, pasatiempos como sopas de letras, crucigramas, juegos de mesa como domino o baraja; pero el paciente siempre se mostró renuente a esas actividades el mencionaba que se sentía mucho mejor solo platicando con sus compañeros que no le gustaban esas cosas.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

	NECESIDAD	JERARQUIZACIÓN	Causa de Dificultad			Cuidados Enfermeros		
			FF	FC	FV	S	C	E
1	Oxigenación	Evitar riesgos y peligros	x	x			x	x
2	Nutrición e hidratación	Oxigenación		x				x
3	Eliminación	Movilidad y postura	x		x		x	x
4	Movilidad y postura	Higiene y protección de la piel	x	x			x	x
5	Descanso y sueño	Eliminación		x				x
6	Vestido	Nutrición e hidratación	x	x			x	x
7	Termorregulación	Descanso y sueño	x				x	
8	Higiene y protección de la piel	Trabajar y realizarse	x					x
9	Evitar riesgos y peligros	Aprendizaje			x			x
10	Comunicación	Recreación			x		x	
11	Creencias y valores	Comunicación			x			x
12	Trabajar y Realizarse	Termorregulación	x				x	x
13	Recreación	Vestido			x		x	
14	Aprendizaje	Creencias y valores			x		x	

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Isidro V. V. Edad: 59 años Sexo: Masculino Ocupación: Campesino
 Estado Civil: Casado Religión: Católica
 Domicilio: Pozo 2 N°27 división de oriente poza rica de Hidalgo 93350, Veracruz
 Servicio: Hospitalización 3er. piso Días de estancia 62 N° de cama 319

Objetivo:

- Planear intervenciones específicas de enfermería que limiten complicaciones hemodinámicas durante la hospitalización.
- Orientar en relación a los cuidados de enfermería que se le realizarán con el propósito de mejorar su salud.
- Favorecer la comunicación con la finalidad de que la persona exteriorice sus dudas e inquietudes en relación a su tratamiento.

NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

Dx de Enf: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física, edema, deterioro de la circulación (NANDA, 2009-2011, pág.310). Definición: Riesgo de alteración cutánea adversa	
Objetivo: La persona conservara la integridad cutánea	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> · Aplicación de la escala de Norton por turno · Valorar el color, temperatura, integridad y características generales de la piel. · Valorar estado de las heridas, si existe secreciones, cantidad y características · Aplicar vaselina en regiones de presión y humectar tegumentos después del baño para lubricación de la piel · Vigilar que la dieta sea la indicada con base a la cantidad de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias alimentarias 	<p>La epidermis es la parte más superficial y se encuentra constituida por dos grupos de células: queratinocitos o células no dendríticas y células dendríticas.</p> <p>La dermis está situada por debajo de la epidermis y está constituida por tejido conectivo, sustancia fundamental y células. El tejido conectivo a su vez está formado por tres tipos de fibras: Colágenas, elásticas y reticulares.</p> <p>La hipodermis, llamada también panículo adiposo o tejido celular subcutáneo, está constituido por células grasas, adipocitos.</p> <p>La presión es una fuerza de compresión hacia abajo sobre una zona determinada, si la presión ejercida sobre las partes blandas supera a la presión sanguínea intracapilar (32mmHg) los capilares pueden ocluirse y la hipoxia resultante dañara a los tejidos</p> <p>La nutrición adecuada es fundamental para la cicatrización de las heridas, la prevención de infecciones y preservar la función inmunitaria y para minimizar la perdida de la fuerza y tono muscular</p>
Evaluación: No presentó úlceras por presión o alguna otro lesión que afecte la integridad cutánea	

NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

<p>Dx de Enf: Riesgo de traumatismo vascular r/c tipos de catéter, incapacidad para visualizar la zona de inserción, duración de la inserción (NANDA, 2009-2011, pág.322)</p> <p>Definición: Riesgo de lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones</p>	
<p>Objetivo: La persona se mantendrá en condiciones de permeabilidad y asepsia del catéter y de los drenajes del paciente, descendiendo y minimizando las incidencias y complicaciones que pudieran aparecer ya que son indispensables para su manejo terapéutico.</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que el sitio de inserción de los drenajes y del catéter se encuentre limpio, seco cubierto, sin fugas • Valorar las fechas de instalación y caducidad de los equipos • Observar las características de la piel alrededor de los sitios de inserción y de drenajes • Orientar al cliente en relación a los procedimientos que se van a realizar 	<p>Para elección del catéter se tendrá en cuenta las condiciones particulares de la persona, minimizando las molestias, las complicaciones, el riesgo de lesión e infección. Y cubrirá sus necesidades diagnósticas, terapéuticas y de confort de la persona.</p> <p>El explicarle a la persona acerca de su estado de salud y los procedimientos que se le realizaran lo mantendrán tranquilo y disminuirá el miedo generado por las dudas.</p>
<p>Evaluación: Se conservo limpio, seco, permeable con una zona de inserción sin lesiones de los catéteres y drenajes.</p>	

NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

<p>Dx de Enf: Riesgo de caídas r/c agentes antihipertensivos, debilidad, deterioro de la movilidad física, estado posoperatorio, restricciones ambientales, dispositivos de manejo terapéutico (NANDA, 2009-2011, pág.207)</p> <p>Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.</p>	
<p>Objetivo: La persona se mantendrá libre de los riesgos que le provoquen alguna caída con ello algún trauma que retrase su recuperación.</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que la unidad clínica esté libre de peligros potenciales para la persona. • Mantener barandales de la cama en alto cuando la persona se encuentre en ella. • Vigilar que las extensiones de los equipos de soluciones y los tubos de drenajes no se encuentren rosando el piso o en desorden cuando el paciente se quiera movilizar. • Orientar sobre su estado de salud actual, los procedimientos que se le realizan la razón por la cual está en reposo relativo. • Valorar riesgo de caída cada turno 	<p>El explicarle la persona acerca de su estado de salud y los procedimientos que se le realizaran lo mantendrán tranquilo y disminuirá el miedo generado por las dudas.</p> <p>La conservación de la postura precisa de mecanismos de regulación complejos e integrados en los que participa el sistema nervioso, cardiovascular, musculoesquelético y sensorial.</p> <p>La existencia de discapacidad supone un mayor riesgo de caídas, ya que entre los factores predisponentes los trastornos emocionales, la depresión y la negación de las limitaciones físicas que llevan al individuo a sobrevalorar sus capacidades evitando la ayuda de otras personas o de dispositivos.</p> <p>La altura de la cama, la ausencia de barandales, los dispositivos de tratamiento terapéutico, el mobiliario, una iluminación inadecuada, un entorno desconocido, es un riesgo potencial para que el cliente sufra alguna caída</p>
<p>Evaluación: No presentó ninguna caída durante su estancia hospitalaria</p>	

NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

<p>Dx de Enf: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c inactividad, infección, tratamiento farmacológico (NANDA, 2009-2011, pág.342)</p> <p>Definición: Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales</p>	
<p>Objetivo: La persona conservara un estado de eutermia durante su estancia hospitalaria</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Control térmico continuo • Evitar las exposiciones innecesarias a corrientes, frio o calefacciones • Administración de antibióticos Rifocina spray 2 disparos c/6hrs en Herida Quirúrgica media longitudinal esternal, amikacina 500mg IV c/24hrs, daptomicina 500mg IV c/24hrs, tigaciclina 50mg IV c/12hrs • Valoración de laboratorios. • Mantener limpios los sitios de inserción de catéteres y drenajes • Valorar la caducidad de equipos y soluciones en base a los indicadores de calidad • Vigilar que la herida quirúrgica media longitudinal esternal se encuentre afrontada sin eritema, rubor, calor, secreción de liquido purulento, o dolor a la palpación y • Si refiere dolor valorar las características de este, • En heridas quirúrgicas donde se encuentran los drenajes vigilar que estén cubiertos con gasas, limpias, secas, sin salida de liquido en la periferia de la inserción del tubo, en herida de safenectomia • Vigilar que se encuentre afrontada sin eritema, rubor, calor, secreción de líquido, o dolor a la palpación y si refiere dolor preguntar sobre las características de este. 	<p>El hipotálamo tiene un doble sistema de regulación de la temperatura. Así, la porción anterior o posterior compuesta por centros parasimpáticos, es la encargada de disipar el calor, mientras que en la posterior con centros simpáticos, conserva y mantiene la temperatura corporal.</p> <p>Si la temperatura corporal resultará aumentada con respecto al valor de referencia y consecuentemente se desarrollan mecanismos, cuya resultante funcional es la pérdida de calor, principalmente a través de la vasodilatación y sudoración que tienden a revertir la temperatura del organismo a un valor comprendido en el rango de la normalidad.</p> <p>Los escalofríos es un intento del organismo para general calor y produce respuestas fisiológicas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento del consumo de oxígeno 2-5veces de la tasa normal. ✓ Aumento de las demandas metabólicas en un 400-500% ✓ Aumenta el trabajo del miocardio, de la producción de dióxido de carbono de la vasoconstricción cutánea y de la producción consiguiente de ácido láctico.
<p>Evaluación:</p> <p>Se mantiene con una temperatura corporal de 36 °C a 36.6°C.</p>	

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

<p>Dx de Enf: Patrón respiratorio ineficaz r/c deformidad de la pared torácica, dolor, m/p alteraciones de los movimientos torácicos taquipnea (de 38 a 36 respiraciones por minuto), respiración superficial y abdominal. (NANDA 2009-2011 pág. 138)</p> <p>Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada</p> <p>Objetivo: La persona conservará y/o mejorará un patrón respiratorio eficaz que le permita mantenerse alerta y con estabilidad hemodinámica.</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de signos vitales • Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones • Explorar las características de los movimientos torácicos • (simetría, utilización de músculos accesorios, retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares) • Auscultación de los sonidos pulmonares • Valoración del estado de conciencia • Oxigenoterapia: puritan 40%, puntas nasales a 3lx' • Valoración de la Saturación arterial de oxígeno • Administración y ministración de analgésicos: paracetamol 1gr VO c/ 8hrs, Tramadol 50mg IV PRN c/8hrs • Movilización del paciente • Vigilar que el drenaje este fijo, en la zona de inserción que no tenga fugas, cubierto con gasas, permeable. • Valorar las características del liquido que drena, que exista una mínima manipulación • Fisioterapia respiratoria: uso del inspirómetro incentivo • Favorecer el confort del la persona 	<p>Los signos vitales son variables objetivas que permiten valorar el estado hemodinámico de un sujeto.</p> <p>La tensión arterial permite valorar la resistencia que tienen los vasos sanguíneos ante el paso de un flujo sanguíneo así como la capacidad que tiene el corazón para manejar un volumen determinado.</p> <p>La frecuencia cardiaca permite valorar la resistencia de los vasos arteriales ante el paso de la poscarga.</p> <p>La valoración de la respiración así como del patrón respiratorio permite identificar alteraciones en el manejo de un flujo aéreo; así como el aprovechamiento del oxígeno una vez que se combina en la unidad alveolo-capilar pasa ser utilizado a nivel celular.</p> <p>La posición erguida facilita la expansión del diafragma</p> <p>El dolor a nivel de la herida quirúrgica causa limitación para la inspiración y para la correcta movilización de secreciones</p> <p>El mantenimiento de una inspiración superficial con bajos volúmenes pulmonares nos llevara a que algunas zonas del pulmón caigan por debajo del volumen crítico de cierre, con la consecuente formación de microatelectasias.</p> <p>La reducción de la capacidad residual funcional es a su vez causa de inducción de la distensibilidad pulmonar, lo cual incrementa el trabajo respiratorio y favorece el agotamiento.</p>
<p>Evaluación: Presenta frecuencias respiratorias entre 20 a 22 respiraciones por minuto, conserva un Glasgow de 15 puntos; SaO₂ igual o mayor de 90%; Dolor 4/10 en escala de Eva</p>	

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

<p>Dx de Enf: Perfusion tisular periférica ineficaz r/c enfermedad crónico degenerativa, antecedentes de tabaquismo, inmovilidad m/p edema de (++) a (+++) en extremidades superiores e inferiores respectivamente, aumento en el llenado capilar de 3 a 4 y 4 a 5 segundos en extremidades superiores e inferiores respectivamente, palidez tegumentaria. (NANDA 2009-2011 pág. 143)</p> <p>Definición: Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud</p>	
<p>Objetivo: La persona mantendrá un estado hemodinámico estable.</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el llenado capilar • Elevación de las extremidades inferiores. • Colocación de medias de compresión • Valorar el grado de edema • Características generales de la piel como color, temperatura, integridad. 	<p>La función básica de la circulación es el suministro de oxígeno y nutrientes esenciales a los tejidos periféricos y la eliminación de desechos metabólicos de esos tejidos. El riego de cualquier órgano se basa en la presión arterial sistémica, la resistencia que ofrecen los vasos de ese órgano y la permeabilidad de los capilares nutricionales dentro de este.</p> <p>El llenado capilar nos brinda información sobre la cantidad de flujo sanguíneo en los lechos capilares. Ante alguna complicación el organismo reacciona afectando la circulación periférica para conservar el riego a los centros vitales como corazón, pulmón y cerebro.</p> <p>El objetivo de la terapia compresiva es reforzar las venas, reducir la presión venosa, normalizar la función de la pared vascular y mejorar el metabolismo en los tejidos ya que reducen el diámetro de las venas de las piernas, el sistema de válvulas venosas vuelve a funcionar y la sangre ya no queda retenida en las venas, acelera el flujo de retorno de la sangre venosa hacia el corazón. Reduciendo al mínimo el riesgo de coágulos sanguíneos y embolias. Al mejorar el metabolismo reduce la salida de líquido de los tejidos; previniendo la formación de edemas.</p>
<p>Evaluación: Se valora un edema de + y en extremidades inferiores edema de ++, el llenado capilar se mantiene de 3-4 segundos en extremidades superiores y de 4-5 segundos en extremidades inferiores</p>	

NECESIDAD DE OXIGENACION

<p>Dx de Enf: Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca r/c cirugía cardiaca, diabetes mellitus t-2, elevación de la proteína C reactiva (56.2 mg/dL), hipertensión arterial sistémica (NANDA 2009-2011 pág. 141)</p> <p>Definición: Riesgo de disminución de la circulación cardiaca (coronaria)</p>	
<p>Objetivo: La persona se mantendrá en un estado hemodinámico estable,</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Administración y ministración de Antiarrítmicos, Antihipertensivos, Betabloqueadores amlodipino 10mg VO c/24hrs, enalapril, 20mg VO c/12hrs, aspirina 100mg, VO c/24hrs., amiodarona, 200mg. VO c/24hrs, metoprolol, 25mg VO c/24hrs • Oxigenoterapia: Puritan 40%, Puntas nasales a 3lx' Valoración de la saturación de oxígeno • Monitorización continua electrocardiográfica. • Valoración del llenado capilar • Valoración de los resultados de laboratorios 	<p>La falla de perfusión tisular o "choque" es un síndrome fisiológico que refleja el intento del cuerpo por preservar sus funciones vitales, pese a que reciba una lesión física severa. El objetivo corporal es intentar revertir los efectos de la hipo perfusión orgánica. Si no se consigue, la disfunción de los órganos será progresiva e irreversible hasta llegar a la muerte.</p> <p>Cuando fallen los mecanismos fisiológicos, cualquier lesión o enfermedad que ocasione disminución significativa de la perfusión, junto con el deterioro de la utilización del oxígeno por la célula, conducirán a un metabolismo anaerobio por hipoxia celular.</p>
<p>Evaluación: Se mantiene en estados hemodinámicos estables, disminuyen valores de la proteína C Reactiva de alta sensibilidad 21.2 mg/dL, no existen cambios electrocardiográficos.</p>	

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

<p>Dx de Enf: Deterioro de la de ambulación r/c deterioro del estado físico, restricciones ambientales, dispositivos de manejo terapéutico, deterioro de la visión, restricción limitada, dolor m/p adinamia, búsqueda de posiciones analgésicas (ligeramente encorvada, preferencia en posición fowler incapacidad para trasladarse de la cama a la silla, de la silla al a cama, al cuarto de baño. (NANDA 2009-2011 pág. 121)</p> <p>Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno</p>	
<p>Objetivo: La persona recuperara de manera gradual su autonomía en la movilización y se mantendrá libre de caídas o riesgos que le causen una mayor complicación a su estado de salud.</p>	
<p>Intervención de Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministración de paracetamol 1gr VO c/ 8hrs , Tramadol 50mg IV PRN c/8hrs • Crear un ambiente seguro ej. Ordenar las líneas endovenosos drenajes. • Valorar posibles lesiones ocasionadas en otros momentos, • Proporcionar apoyo para la movilización (reposo relativo) • Colocar los barandales cada que sea necesario 	<p>Justificación</p> <p>La marcha o deambulacion se refiere a la forma como el paciente camina. Lo normal es hacerlo en forma activa, con control de los movimientos, en los que se nota coordinación y armonía. La persona se desplaza de acuerdo a su voluntad, siguiendo las trayectorias que decida. Es normal que presente algún grado de braceo, que no se desvíe en forma involuntaria del trayecto que desea seguir, que el punto de gravedad del cuerpo esté centrado sobre su base de sustentación o ligeramente adelante, que los pasos sean de un tamaño parecido, etc. Los trastornos de la marcha en general se deben a alguno de los siguientes factores:</p> <p>Dolor. Problemas articulares. Debilidad muscular. Falta de control del movimiento.</p>
<p>Evaluación: Se mantiene cooperador a su apoyo para la movilización y se observa una mejor movilidad por sí solo.</p>	

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

<p>Dx de Enf: Intolerancia a la actividad r/c procedimiento quirúrgico, inmovilidad, m/p disnea con esfuerzos mayores, fatiga, debilidad y dolor.</p> <p>(NANDA 2009-2011 pág. 136)</p> <p>Definición: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades las actividades diarias requeridas o deseadas</p>	
<p>Objetivo:</p> <p>La persona tolerara la actividad sin presentar alteraciones hemodinámicas ni cambios en el patrón respiratorio.</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de constantes hemodinámicas durante la movilización • Uso de oxígeno para la movilización • Proporcionar apoyo para la movilización (reposo relativo) • Crear un ambiente seguro ej. Ordenar las líneas endovenosos drenajes. • Ministración de analgésicos paracetamol 1gr VO c/ 8hrs , Tramadol 50mg IV PRN c/8hrs • Mantener un grado de seguridad óptimo. • Colocar los barandales cada que sea necesario 	<p>La capacidad de mantener un determinado grado de rendimiento depende de factores:</p> <p>Personales: Fuerza coordinación tiempo de reacción, grado de alerta y motivación</p> <p>Actividad: frecuencia, duración e intensidad</p> <p>La tolerancia a la actividad se consigue progresivamente ajustando al frecuencia duración y la intensidad de la actividad hasta que se alcanza el nivel deseado</p> <p>Las personas con una función cardiaca alterada a menudo son capaces de aumentar tanto el grado de actividad como la tolerancia gracias a adaptaciones en sus hábitos de vida, a modificaciones en el enfoque de las actividades y a un control cuidadoso de la respuesta</p> <p>La condición física deficiente por el reposo en cama disminuye la capacidad física a consecuencia de los cambios sufridos por los sistemas cardiocirculatorio y musculo-esquelético</p>
<p>Evaluación:</p> <p>Tolera la actividad sin presentar alteraciones hemodinámicas tolerando la deambulacion sin necesidad de la mascarilla del puritan y solo pide las puntas nasales, se mantiene en una escala de dolor de 4/10 puntos en escala de eva, realiza movimientos de traslado de cortas distancias con supervisión</p>	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

<p>Dx de Enf: Retraso en la recuperación quirúrgica r/c alteraciones en el proceso de cicatrización por enfermedad crónico degenerativa, proceso quirúrgico extenso, infección posoperatoria de la zona quirúrgica m/p dificultad para moverse en el entorno, evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica, eritema y dehiscencia. (NANDA 2009-2011 pág. 128)</p> <p>Definición: Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar.</p>	
<p>Objetivo: La persona no presentara mayores complicaciones durante el periodo postoperatorio.</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la evolución del proceso de cicatrización de las heridas (safenectomía) • Valorar el correcto funcionamiento de los dispositivos (sistema V.A.C., drenajes subcutáneo y retroesternal) • Mantener limpia, seca y cubierta la región de las heridas y drenajes • Realizar curaciones previa valoración y con base a las normas Institucionales • Aplicación de los tipos de precauciones estándar • Ministración de Rifocina spray 2 disparos c/6hrs en Herida Quirúrgica, amikacina 500mg IV c/24hrs, daptomicina 500mg IV c/24hrs, tigaciclina 50mg IV c/12hrs • Valorar los niveles de glicemia preprandial 	<p>Heridas: son traumatismos abiertos que se caracterizan por una solución de continuidad de la piel o de las mucosas, encontrándose por lo tanto sometida al riesgo de padecer una infección.</p> <p>La obesidad contribuye a la aparición de dehiscencias por aumento de tensión en las líneas de sutura.</p> <p>La diabetes condiciona una serie de anomalías, como la acidosis tisular, la tendencia a la infección y los trastornos vasculares, que dificultan la duración de las heridas.</p> <p>La aplicación de una rigurosa técnica aséptica previene la mayor parte de las infecciones quirúrgicas.</p> <p>Las precauciones estándar (lavado de manos; guantes, mascarilla y protección de los ojos, bata clínica, eliminación de objetos punzocortantes, , contenedores de desechos, desinfección) se recomiendan en la atención de todos los enfermos, sin importar su diagnóstico o el supuesto estado infeccioso; están diseñadas para proporcionar una barrera precautoria para todo el personal asistencial y evitar la propagación de enfermedades infecciosas y se aplican en el manejo de sangre; otros líquidos, secreciones, excreciones corporales, piel no intacta y mucosas.</p> <p>La cicatrización es un proceso oxidependiente, pues con presiones tisulares de oxígeno inferiores a 40mmHg, la neovascularización, la producción de fibroblastos y la formación de colágeno están disminuidas o abolidas. Por el mismo mecanismo se inhibe la formación de radicales libres intralisosomiales, resultado de la actividad fagocítica de los granulocitos polinucleares, y se mantiene el círculo vicioso hipoxia-infección-retardo de cicatrizaciónhipoxia.</p> <p>La humedad afecta la velocidad de cicatrización y la cantidad de cicatriz formada y un ambiente húmedo proporciona las condiciones óptimas para una cicatrización rápida.</p> <p>Eliminar el espacio muerto en la herida ayuda a evitar el cierre prematuro y la formación de abscesos</p>
<p>Evaluación: La persona es programado por cirugía para cierre de herida quirúrgica y retiro de drenajes el 25 de enero del 2011 ya que los drenajes en 24 hrs daban menos de 100cc de liquido serosohemático, al momento de realizar curaciones se observaba un buen proceso de cicatrización de espacio mediastinal en herida quirúrgica media longitudinal con un balance de 50mL en el turno, la herida de la Safenectomía se encuentra afrontada en buen proceso de cicatrización con ligero eritema, sin salida de liquido.</p>	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

<p>Dx de Enf: Déficit de autocuidado: Baño r/c dispositivos de manejo terapéutico, dolor, debilidad, malestar, fatiga m/p para trasladarse de la cama al cuarto de baño, incapacidad para acceder al cuarto de baño, incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior y superior del cuerpo, incapacidad para colocar medias TED o calzado. (NANDA 2009-2011 pág. 152)</p> <p>Definición: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño/higiene</p>	
<p>Objetivo: La persona se mantendrá limpio, cómodo; lo cual nos ayudara a reducir los riesgos de complicaciones por una mala higiene.</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> · Al proporcionar baño de esponja respetar siempre la intimidad del paciente. · Observar el estado de la piel del cliente · Proporcionar el “retrete” las veces que él lo requiera y de una manera inmediata. · Invitar al paciente a que coopere en la planificación de su propia higiene · Asistir a la persona a vestirse y mantener su ropa de cama limpia 	<p>La piel y las mucosas integras son la primer línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones de los tejidos subyacentes, regula la temperatura, excreta desechos y la buena higiene es recomendable para mantener su salud.</p> <p>Independiente de la discapacidad de las personas deben tener intimidad y ser tratadas con dignidad durante las actividades del cuidado personal</p> <p>La incapacidad para cuidar de uno mismo genera sentimientos de dependencia y un bajo autoconcepto. La autoestima aumenta a medida que lo hace la autonomía en el cuidado personal</p> <p>La limpieza es importante para tener comodidad y autoestima positiva y para las relaciones sociales con otras personas.</p> <p>Ofreciendo opciones e involucrar al cliente en la planificación de su propia higiene se disminuyen los sentimientos de libertad, control, y dignidad personal y se aumenta la disposición de la persona para cumplir los tratamientos.</p> <p>El asistir oportunamente al llamado del persona lo protege de cualquier riesgo que involucre su estado de salud.</p> <p>El baño, ayuda a la estimulación de la circulación y a eliminar microorganismos, secreciones y excreciones corporales y células muertas.</p>
<p>Evaluación: Se mantuvo limpio y cómodo durante su estancia hospitalaria reduciendo riesgo de mayores complicaciones en su estancia hospitalaria por una mala higiene o atención.</p>	

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

<p>Dx de Enf: Estreñimiento r/c hábitos de defecación irregulares, estrés ambiental, desequilibrio de electrolitos m/p disminución en la frecuencia de las evacuaciones, ruidos abdominales hiperactivos (4-5 por minuto), dolor al defecar (NANDA 2009-2011 pág. 102)</p> <p>Definición: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminaciones dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas.</p>	
<p>Objetivo: La persona lograra hábitos de defecación regulares y sin dolor</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Ministración de medicamentos: Lactulax10cc VO c/12hrs • Asistencia en la movilización de su cama al reposit y viceversa • Verificar que la dieta sea la indicada • Fomentar un ambiente confortable y menos estresante. • Proporcionar el “cómodo” inmediatamente que se requiera. 	<p>El estreñimiento es la emisión retardada e infrecuente (menos de 3 deposiciones a la semana) de heces anormalmente duras, secas y a menudo difíciles de expulsar.</p> <p>La causa principal más frecuente del estreñimiento es una alimentación inadecuada, pobre en fibra.</p> <p>Los diabéticos deberán evitar laxantes tales como lactulosa y sorbitol pues sus metabolitos pueden influir en los niveles de glucosa en sangre</p> <p>El estreñimiento puede ser exacerbado por cualquier condición que se asocie a una falta de movilidad por parte del paciente, adicionalmente a esto, contribuyen una dieta baja en fibra, debilidad muscular generalizada, y probablemente la ansiedad y el estrés.</p>
<p>Evaluación: La persona logro tener un patrón regular para evacuar por lo menos una vez al día.</p>	

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

<p>Dx de Enf: Riesgo de perfusión renal ineficaz r/c cirugía cardiaca, enfermedad crónico degenerativa diabetes mellitus t-2, hipertensión arterial sistémica, efectos secundarios relacionados a cateterismo diagnóstico por medio de contraste. (NANDA 2009-2011 pág. 140)</p> <p>Definición: Riesgo de Disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud</p>	
<p>Objetivo: La persona disminuirá los niveles de azoados a parámetros normales permitiendo conservar una perfusión renal eficaz.</p>	
<p>Intervención de Enfermería</p>	<p>Justificación</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la retención de líquidos. • Control de glicemias capilares • Control de la presión arterial sistémica • Ministración de Antihipertensivos, amlodipino 10mg VO c/24hrs, enalapril, 20mg VO • Ministración de insulina de acción rápida e hipoglucemiantes orales, metformina 750mg VO c/8hrs • Valoración de laboratorios (química sanguínea, BUN, Creatinina, ácido úrico) • Vigilancia de los ingresos y egresos realizando balances de pérdidas hídricas y sanguíneas por turno • Controlar la respuesta del paciente a la terapia intravenosa de los electrolitos • Restricción hídrica de 1500cc P/24hrs 	<p>La nefropatía diabética es un estado claro de alteración de la función renal, asociado con cambios morfológicos en el riñón, que pueden llevar a una insuficiencia renal terminal. Es una enfermedad renal crónica progresiva que se desarrolla en aproximadamente un tercio de todas las personas con Diabetes.</p> <p>Un adecuado estimado de la excreción de albúmina puede ser obtenido con la razón de albumina:</p> <p>Creatinina (ACR por sus cifras en inglés), de manera que tenemos microalbuminuria si el ACR es: $\geq 2.5\text{mg/mmol}$ en hombres; $\geq 3.5\text{mg/mmol}$ en mujeres.</p> <p>Una excreción de albúmina urinaria $\geq 20\text{mg/L}$ en una recolección cuantificada por tiempo de orina, también indica la presencia de microalbuminuria.</p> <p>Un control estricto de la presión arterial, con niveles $\leq 130/80\text{mmHg}$ minimiza la progresión de la disfunción renal. Todas las etapas de la nefropatía diabética son factores de riesgo independientes de la enfermedad cardiovascular.</p>
<p>Evaluación: En los laboratorios se observa un BUN 15.40 mg/dL, Creatinina en suero de 0.91mg/dL y un ácido úrico 4.91mg/dL, dxtx de 231, se le ministran 4 unidades de insulina en base al esquema y conservó presiones arteriales $\geq 100/60\text{mmHg}$</p>	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

<p>Dx de Enf: Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c deterioro de los mecanismos reguladores (DM2) disfunción renal (antecedentes de nefropatía diabética). (NANDA 2009-2011 pág. 82)</p> <p>Definición: Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud</p>	
<p>Objetivo: La persona mejorara los niveles de electrolitos en sangre, no presentara cambios en la monitorización electrocardiográfica ni en el estado de conciencia.</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de los resultados laboratorios (Química Sanguínea) • Vigilar el balance parcial hídrico • Vigilar el balance parcial sanguíneo (egreso) • Valoración del estado de conciencia • Valorar posibles modificaciones electrocardiográficas • Ministración de electrolitos y vigilar la respuesta del cliente • Vigilar que la dieta del cliente sea la indicada 	<p>El control exacto de consumo y pérdida de sustancias que el paciente requiere durante un periodo de 24horas permite brindar un manejo hidroelectrónico adecuado y mantenerlo hemodinamicamente estable.</p> <p>El síndrome de desequilibrio hidroelectrolítico es el balance negativo o positivo de los líquidos orgánicos con alteraciones en su distribución, osmolaridad, composición electrolítica y equilibrio ácido basé.</p>
<p>Evaluación: Se observó modificación de indicadores como los siguientes cloro de 99.8 mmol/L, sodio 136.5 mmol/Lm, potasio 4.9 mmol/L, calcio 7.94 mg/dL, fósforo 2.82mg/dL, magnesio 1.87mg/dL.</p>	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Dx de Enf: Exceso de volumen de líquido r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p alteraciones de los electrolitos, sodio de 126 mmol/L, calcio 7.0 mg/dl azoemia BUN 37.40 mg/dL albúmina en suero 2.53 g/dL, proteínas en suero 5.15g/dL, cambios en el patrón respiratorio, disnea, edema ++ en extremidades superiores y +++ en extremidades inferiores.

(NANDA 2009-2011 pág. 85)

Definición: Aumento de la retención de líquidos isotónicos.

Objetivo: La persona lograra valores dentro de los parámetros normales en los resultados de laboratorio así como disminución del edema.

Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la retención de líquidos. • Vigilar que la ingesta de líquidos en el turno sea de 500cc por restricción hídrica de 1500ml p/24hrs. • Vigilancia y control de la glicemias capilares preprandiales • Valoración de los laboratorios • Vigilar que la dieta sea la indicada • Ministración de electrolitos y vigilar la respuesta de la persona • Ministración de diuréticos, miccil 0.5mg IV c/24hrs, furosemide 20mg VO c/24hrs 	<p>El edema se debe a la acumulación de líquido en el compartimento intersticial del espacio extravascular. Puede aumentar y causar mayor daño tisular y una tumefacción permanente.</p> <p>El edema periférico se clasifica como:</p> <p>Unilateral: causado por anomalías venosas o arteriales, infección, traumatismo, y neoplasias</p> <p>Bilateral: insuficiencia cardiaca congestiva, disfunción endocrina, embarazo.</p> <p>Las personas que sufren una insuficiencia en la bomba cardiaca, son muy propensas al exceso de liquido vascular y tisular</p> <p>Las fuerzas que regulan el pasaje de líquido entre el compartimento vascular y el intersticial se denominan fuerzas de Starling, y se evalúan mediante la fórmula de la Ley de Starling del intercambio de líquido capilar intersticial.</p> <p>El edema inhibe el flujo sanguíneo hacia los tejidos provocando una mala nutrición celular y una mayor vulnerabilidad a la lesión</p> <p>Un mayor consumo de sodio en la dieta aumenta la retención del agua</p> <p>La disminución de las proteínas plasmáticas, fundamentalmente la albúmina hace caer los valores de la presión coloidosmótica del plasma, provocando así la salida de líquido hacia el espacio intersticial.</p>
<p>Evaluación: Se observó modificación de indicadores como los siguientes cloro de 99.8 mmol/L, sodio 136.5 mmol/L, potasio 4.9 mmol/L, calcio 7.94mg /dL, fosforo 2.82 mg/dL, magnesio 1.87mg/dL en extremidades superiores se valora un edema de + y en extremidades inferiores edema de ++, presento egresos negativos de hasta 300cc de líquidos en el turno y egresos sanguíneos de 100cc en el turno, una albumina en suero 3.24.53 g/dL, proteínas en suero 5.78 g/dL.</p>	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

<p>Dx de Enf: Trastornos del patrón del sueño r/c pesadillas, malestar prolongado físico, interrupciones del sueño debido a procedimientos realizados por la enfermera m/p cambios en el patrón normal del sueño, quejas verbales de no sentirse bien descansado. Apatía, somnolencia diurna, fatiga, realiza siestas por periodos de 30min. durante el día (NANDA 2009-2011 pág. 118)</p> <p>Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos</p>	
<p>Objetivo: La persona referirá y se observara que las horas que duerme durante la noche son efectivas manifestando un equilibrio optimo entre el descanso y la actividad</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar las intervenciones de enfermería con la finalidad de interrumpir lo menos posible al cliente. • Ministración de medicamento: • Tafil 0.25mg VO c/24hrs • Controlar y respetar los horarios establecidos para las visitas • Proporcionar una cama limpia y cómoda • Fomentar las medidas de higiene personal para mantener la comodidad. 	<p>El sueño es un proceso de restauración y recuperación que facilita la proliferación celular y la reparación de los tejidos dañados o envejecidos.</p> <p>Durante el sueño NREM el índice metabólico, la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria disminuyen hasta sus valores basales, se produce una relajación muscular profunda y una actividad mitótica en la medula ósea acelerando la reparación de los tejidos y la síntesis de proteínas.</p> <p>Durante el sueño REM el sistema nervioso simpático se acelera con ello aumenta el gasto cardiaco y la frecuencia cardiaca y respiratoria.</p> <p>La perfusión de la materia gris se duplica y la información cognitiva y emocional se almacena, se filtra y se organiza.</p> <p>La privación del sueño provoca alteraciones de la función cognitiva y de la percepción, menor control emocional, aumento de la irritabilidad, disminuye el umbral del dolor.</p> <p>Los sedantes y los hipnóticos empiezan a perder su eficacia al cabo de una semana de su uso, necesitando un aumento de la dosis con lo consiguiente riesgo de dependencia</p>
<p>Evaluación: Se observa un poco más descansado un día después de que le retiraron drenajes y se le realizo cierre de herida quirúrgica.</p>	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

<p>Dx de Enf: Dolor agudo r/c agentes lesivos, dispositivos de manejo terapéutico, tratamiento quirúrgico m/p escala de eva 4/10 llegando a 6/10, búsqueda de posiciones analgésicas deterioro del patrón del sueño. (NANDA, 2009-2011, pág.348)</p>	
<p>Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses</p>	
<p>Objetivo: La persona manifestara de forma verbal o codificada la disminución del dolor</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Administración y ministración de analgésicos: paracetamol 1gr VO c/ 8hrs , Tramadol 50mg IV PRN c/8hrs • Vigilar que la herida quirúrgica media longitudinal esternal se encuentre afrontada sin eritema, rubor, calor, secreción de líquido, o dolor ala palpación • Si refiere dolor valorar las características de este. En heridas quirúrgicas donde se encuentran los drenajes vigilar que estén cubiertos con gasas, limpias, secas, sin salida de líquido en la periferia de la inserción del tubo. • En herida de safenectomia vigilar que se encuentre afrontada sin eritema, rubor, calor, secreción de líquido, o dolor a la palpación así como las características de este. • Vigilar que el paciente este cómodo y seguro 	<p>Dolor. Como consecuencia de la irritación ejercida sobre las terminaciones nerviosas sensitivas, por el propio traumatismo y por su exposición al medio ambiente.</p> <p>Es constante y localizado, pero a veces se irradia a zonas próximas mediante reflejos axónicos transmitidos a fibras nerviosas vecinas. Suele persistir hasta que el lecho de la herida se aísla del exterior por la aproximación de sus bordes o por la costra elaborada por la hemostasia y desecación de la sangre y de los exudados. Si reaparece constituye un síntoma sospechoso de infección.</p> <p>La intensidad del dolor depende de varias circunstancias: de la localización, del traumatismo, en función de la mayor inervación sensitiva, de la forma del agente traumático y en consecuencia la variedad de herida por él determinada, circunstancias personales de índole psicológica e incluso neurológicas</p>
<p>Evaluación: La persona refiere una disminución de 4/10 del dolor en la escala de eva, heridas quirúrgicas no se observan datos aparentes de infección y en buen proceso de cicatrización.</p>	

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

<p>Dx de Enf: Incumplimiento r/c monto económico, duración y complejidad del tratamiento m/p conducta indicativa de incumplimiento (alta voluntaria) (NANDA, 2009-2011, pág.291).</p> <p>Definición: Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o familia o comunidad) y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidado lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces</p>	
<p>Objetivo: La persona manifestara sus inquietudes que limiten u obstaculicen el incumplimiento del tratamiento.</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Explicarle la importancia de seguir al pie de la letra las indicaciones que tanto el médico como el personal de enfermería le indiquen. • Explicarle los efectos deseados y secundarios de cada medicamento que se le ministra. 	<p>El cumplimiento del tratamiento es el grado de adherencia del paciente a las indicaciones del médico</p> <p>Entre los factores que intervienen en el incumplimiento de las pautas terapéuticas</p> <p>El propio tratamiento. La administración de muchos fármacos y con varias tomas diarias propicia ese incumplimiento, fundamentalmente porque existe más riesgo de olvido y de cansancio por parte del paciente.</p> <p>La relación médico paciente. La empatía del médico, las explicaciones claras, detalladas y, si es posible por escrito, ayudan al cumplimiento terapéutico. La falta de confianza en el médico ayuda al incumplimiento. Por lo que es importante la comunicación verbal entre médico y paciente.</p> <p>El tipo de enfermedad. Los enfermos psiquiátricos son renuentes a seguir una pauta terapéutica, abandonando frecuentemente los tratamientos o reduciendo las dosis.</p> <p>Un nivel socioeconómico bajo, así como un bajo nivel educacional.</p>
<p>Evaluación: Solicita su alta voluntaria el 25 de enero del 2011</p>	

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

<p>Dx de Enf: Conocimientos deficientes r/c falta de interés en el aprendizaje m/p seguimiento inexacto de las indicaciones, comportamientos inapropiados (NANDA, 2009-2011, pág.169)</p> <p>Concepto: carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico</p>	
<p>Objetivo: Que la persona logre comprender el estado de salud en el que se encuentra y satisfacer sus dudas a un grado de comprensión y asimilación de los factores de riesgo que debe modificar y de los cuidados que tiene que seguir durante su estancia hospitalaria y en su hogar</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan platicas de educación para la salud en relación a los cuidados de heridas quirúrgicas, control de glicemias, control de la presión arterial, signos y síntomas de alarma y de cada procedimiento que se le realizo dentro de su instancia hospitalaria 	<p>El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje y a través de la introspección.</p> <p>El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón.</p> <p>El aclarar las dudas del paciente y atender su necesidad de aprendizaje le permite adquirir aquellos conocimientos y habilidades necesarios para sobrevivir y desarrollar las capacidades, vivir y trabajar con dignidad, mejorar la calidad de vida, tomar decisiones e incluso continuar aprendiendo</p>
<p>Evaluación: Manifiesta interés en la información que se le proporciona acerca de su estado de salud, de los factores de riesgo que debe modificar y los cuidados posquirúrgicos que debe seguir</p>	

<p>Dx de Enf: Trastorno de la percepción sensorial: visual r/c alteración de la integración y recepción sensorial m/p cambios en la agudeza visual, uso de anteojos, falta de concentración. (NANDA, 2009-2011, pág.161)</p> <p>Definición: Cambios en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos</p>	
<p>Objetivo: La persona se mantendrá libre de riesgos de traumatismos durante su estancia hospitalaria</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente seguro • Eliminar los factores de riesgo en el ambiente • Prevención de caídas • Proporcionar apoyo a la movilización 	<p>Más de la mitad de los receptores sensitivos del cuerpo humano se localizan en el ojo y gran parte de la corteza cerebral participa en la procesamiento de la información visual</p> <p>La percepción es un proceso que consiste en integrar, clasificar, discriminar y asignar un sentido a los estímulos.</p> <p>La persona se orienta en el entorno gracias a la capacidad para recibir y organizar la información ya que los estímulos se recogen a través de los receptores sensoriales.</p> <p>La retinopatía es una de las complicaciones crónicas de la DM tipo 2 define retinopatía diabética como la presencia de lesiones microvasculares, retinianas típicas en personas con Diabetes., tales como microaneurismas, hemorragias, exudados duros, manchas de algodón, anormalidades intraretinianas, cruces venosos y tejido conectivo.</p>
<p>Evaluación: Se logro mantener a la persona libre de riesgos de traumatismo durante su estancia hospitalaria</p>	

NECESIDAD DE RECREACION

<p>Dx de Enf: Deterioro de la interacción social r/c barreras de la comunicación, barreras ambientales m/p incapacidad para comunicar una sensación satisfactoria de implicación social. (NANDA, 2009-2011, pág.218)</p> <p>Definición: Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social</p>	
<p>Objetivo: La persona mostrara cierto interés por convivir con sus compañeros de cuarto y en alguna actividad que promueve el instituto a través del programa “Seguir aprendiendo en el hospital”</p>	
Intervención de Enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> •Mantener siempre una empatía y escucha activa con la persona, •Establecer una relación individualizada y de confianza. •Permitir que la persona sea quien controle su ritmo de apertura social animándole a que no desista en su empeño •Eliminar o minimizar las barreras para la comunicación 	<p>La interacción puede ser comprendida como «el intercambio y la negociación del sentido entre dos o más participantes situados en contextos sociales.</p> <p>La interacción social es el fenómeno básico mediante el cual se establece la posterior influencia social que recibe todo individuo. Lo cual abarca todo su entorno, para el desarrollo del individuo en la sociedad, para hacer su aportación y llegar al bienestar social que toda persona desea tener, para eso tiene que estar en constante comunicación con las personas que lo rodean para poder llegar a la meta desea y propuesta por uno mismo.</p> <p>El comportamiento del individuo va a variar mediante las costumbres, el carácter, y los ideales juntos con los valores que le fundamentaron sus padres, todo este conjunto hará que solo tenga una personalidad y sea aceptado en un grupo con características similares para el buen entendimiento del mismo.</p> <p>La interacción cotidiana depende de sutiles relaciones entre lo que expresamos con nuestro rostro y nuestro cuerpo y lo que expresamos mediante las palabras. El rostro, el manejo de nuestro cuerpo y el lenguaje se emplean para expresar ciertos significados y para ocultar otros.</p> <p>Cuando tenemos conciencia de la existencia del otro, lo que sucede en muchas situaciones sociales es lo que Goffman llama interacción no focalizada, por el contrario cuando los individuos atienden a lo que otros dicen o hacen, lo llama interacción focalizada. A una unidad de interacción focalizada la llama un encuentro.</p>
<p>Evaluación: Se observó un cambio mínimo de la persona por el interés por convivir con sus compañeros de cuarto y siguió renuente a las actividad que promueve el instituto a través del programa “Seguir aprendiendo en el hospital”</p>	

NECESIDAD DE COMUNICACION

<p>Dx de Enf: Deterioro de la comunicación r/c condiciones emocionales, barreras ambientales, estrés m/p falta de relación entre la respuesta verbal y expresiones corporales (NANDA, 2009-2011, pág.176)</p> <p>Concepto: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos</p>	
<p>Objetivo: La persona se comunicara de una manera eficaz y existirá una relación entre la respuesta verbal y las expresiones corporales</p>	
<p>Intervención de Enfermería</p>	<p>Justificación</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener siempre una escucha activa hacia la persona • Favorecer la empatía, • Establecer una relación individualizada 	<p>La comunicación, como fundamento de la interacción social, es el mecanismo que ha hecho posible la existencia de lo que llamamos sociedad. Es el principio básico de la organización social, y como tal, es requisito indispensable para las relaciones sociales</p> <p>Para comunicarnos diariamente utilizamos el lenguaje y también utilizamos la comunicación no verbal y uno de los principales aspectos de esta comunicación no verbal es la expresión facial de la emoción; con respecto esto Charles Darwin, sostuvo que los modelos básicos de expresión emotiva son los mismos para todos los seres humanos, pero según los estudios de Ekman y Friesen dicen que aunque las expresiones faciales de emoción parecen tener ciertos aspectos innatos los factores individuales y culturales influyen en la forma exacta que adoptan los movimientos faciales, así como los contextos en los que dichas expresiones se juzgan apropiadas.</p> <p>Al establecer cualquier proceso de comunicación nuestra intención principal es comunicar un determinado contenido a un receptor.</p>
<p>Evaluación: Se observó un cambio mínimo de la persona para poder establecer una comunicación eficaz</p>	

PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre: Isidro V. V. Edad: 59 años Sexo: Masculino Ocupación: Campesino
Estado Civil: Casado Religión: Católica
Domicilio: Pozo 2 N°27 división de oriente poza rica de Hidalgo 93350, Veracruz
Servicio: Hospitalización 3er. piso Días de estancia 62 N° de cama 319
Objetivo: Que el cliente conozca los aspectos necesarios que limiten la posibilidad de una rehabilitación exitosa.

1.SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA:

Conocer los signos y síntomas de alarma y lo que debe realizar al presentar alguno de ellos.

Dolor precordial

Palpitaciones

Salida de liquido hematico o purulento de heridas quirúrgicas

Datos de presión arterial elevada: acufenos, cefaleas, fosfenos, nausea, vomito, malestar general, niveles de presión arterial indicados por el facultativo

Datos de hiperglicemias: diaforesis, alteración en el estado de conciencia, niveles de glicemia preprandiales mayores a los indicados por el facultativo

2.RECOMEDACIONES TERAPÉUTICAS MEDICAMENTOSAS:

Los siguientes medicamentos se le hará énfasis en los horarios así como en la dosis indicada para su administración; además de los efectos secundarios no deseables que pudiesen presentar:

Simvastatina 20mg vo c/24hrs

Amlodipino 10mg vo cada 24hrs

Enalapril 10mg vo cada 12hrs

Aspirina 100mg vo cada 24hrs

Amiodarona 200mg vo cada 24hrs por un mes

Metformina 850mg vo cada 8 hrs

Glibenclamida 5mg ½ tableta vo cada 24hrs (predesayuno)

Metoprolol 25mg vo cada 12hrs

Claritromicina 500mg vo cada 12hrs por 5 días

3.RECOMENDACIONES HIGIÉNICAS:

Seguir una adecuada higiene, lavar las heridas con jabón neutro y enjuagar con agua corriente durante el baño, no untar remedios caseros en las heridas, solo crema en la periferia para disminuir las molestias del proceso de cicatrización como prurito o resequedad.

4.CUIDADOS ESPECÍFICOS EN EL HOGAR:

los cuidados que debe seguir en el manejo del drenovac:

lavar una vez al día con jabón neutro, secar con una toalla limpia(específica para el drenaje), cubrir con gasas estériles, vigila que no haya sangrado, que se empapen las gasas, o salida de liquido con pus en la periferia de la instalación del drenaje así como las características que esta drenando

No realizar esfuerzos que sobrepasen su condición física.

Evitar la manipulación del drenovac por personas no capacitadas

Llevar registros de aspectos como las glicemias y presiones arteriales.

5.RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:

Disminuir el consumo de alimentos con grasas trans, hacer hincapié en el manejo del plato del buen comer, definición de horarios, organización de tiempos de comida y espaciamiento entre las comidas durante el día, en base a la ingesta de líquidos:

El agua natural es la elección más saludable. Es necesaria para el metabolismo, las funciones fisiológicas normales y puede proporcionar minerales, esenciales como el calcio, el magnesio y el fluoruro., se recomienda entre 750 y 2000 ml al día (8 vasos de agua).

La leche es la principal fuente de calcio y vitamina D y aporta proteína de alta calidad. La leche de soya fortificada sin azúcar es una buena alternativa para individuos que prefieren no tomar leche de vaca y proporciona cercal del 27% del calcio biodisponible en la leche, además de proteínas y otros micronutrientes. Las bebidas de yogurt contienen una menor cantidad de lactosa que la leche y pueden ser una buena opción para individuos que tienen baja tolerancia a la lactosa. Se recomiendan 2 tazas/vasos al día de leche semi (1%) y descremada y bebidas de soya sin azúcar adicionada.

Té: El té provee una variedad de flavonoides y antioxidantes, así como micronutrientes, especialmente fluoruro y algunos aminoácidos como la teanina.

Café: se recomienda que lo consuma moderadamente entre una o dos tazas al día y de preferencia acompañado, ya que influye sobre el sistema nervioso, aumentando la capacidad mental y la percepción. Puede causar insomnio y palpitaciones si se consume de forma exagerada.

6.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

Se dan platicas educativas acerca de los factores de riesgo cardiovasculares, cuidados que debe de seguir en su hogar, los cambios que debe de tener en su vida cotidiana y de la importancia de revisiones medicas periódicas para no tener complicaciones ya sea por la diabetes Mellitus o la hipertensión arterial o descartar a la larga nuevas enfermedades como algún tipo de cáncer ya que tiene mucha carga genética para cáncer.

CONCLUSIONES

Durante la formación académica se reciben los elementos científicos y técnicos que permiten sustentar el día con día, el quehacer profesional de la enfermera al llegar al servicio social, la complejidad aumenta ya que se espera que se tenga un mayor compromiso en la atención que se brinda; la realización de un proceso de atención de enfermería en el INCICH favoreció el identificar que al aplicarse lo más apegado a la metodología cada una de sus etapas adquieren un valor importante ya que, por ejemplo, si en la valoración no se obtienen y/o se identifican la información que apoye las necesidades que han sido alteradas esto va a repercutir en los diagnósticos de enfermería, su jerarquización y los cuidados que se planeen; por lo que tendrá alguna repercusión en la persona que recibe la atención.

Por otro lado, hay una gran exigencia que se pide hacia el pasante de enfermería dentro del INCICH y esto es comprensible ya que todas las intervenciones que se le brindan al paciente tendrán repercusiones, sin embargo considero que los cuidados tienen una buena carga al aspecto biológico y se descuidan aspectos como el emocional y el espiritual; a pesar de que se cuentan con los recursos para dar una atención integral.

El proceso de atención de enfermería es un instrumento que permite a través de la investigación documental fortalecer el quehacer profesional de la enfermera y no solamente hacer los procedimientos de una manera rutinaria ya que al ver al “paciente” como una persona con necesidades la perspectiva que se tiene cambia totalmente; por lo que el compromiso que se tiene es el de tratar de lograr brindar un cuidado integral que permita a la persona reincorporarse lo más pronto y de manera independiente a la familia y/o comunidad.

Al aplicar el proceso atención de enfermería se observó la importancia que se debe tener al favorecer aspectos como la comunicación y la empatía así como agudizar los sentidos por parte de la enfermera con la finalidad de identificar necesidades que no son estrictamente biológicas pero que tienen alguna repercusión en el estado de salud. Es importante señalar que un trabajo como el presente es susceptible de mejorarse por lo que se constata que el proceso de atención de enfermería es un proceso dinámico y no estático.

Para finalizar es importante señalar que con base a los objetivos que se señalan al inicio del trabajo se cubrieron prácticamente en su totalidad por las siguientes razones; en todo momento se proporcionaron cuidados a través de la identificación de necesidades alteradas apegándose al modelo de Virginia Henderson, se hizo de manera constante la revisión documental que fundamentara dichas actividades y lograr así dar un cuidado que permitiera integrar los conocimientos teóricos a la práctica. Es importante señalar que la capacitación que brinda el Instituto así como el permitir asistir a cursos de manera periódica favorece aun más la calidad de los servicios. Sin embargo es importante reflexionar que existen factores que de alguna manera influyen en la atención que se da por parte del pasante como es la “rutinización” de las actividades, eso lleva a que solo se realicen de manera mecánica y que se le dé un mayor peso al aspecto biológico olvidando que el paciente también se ve afectado en su esfera social y emocional; por lo que al tratar de trabajar en esas esferas se me hacía sentir que se perdía el tiempo por lo que considero que es natural la exigencia que se tiene en el Instituto pero en la práctica real se olvidan estos aspectos.

GLOSARIO

Acufeno: o “zumbidos de oído” o “ruidos en la cabeza”, son sensaciones de oír sonidos o ruidos, cuando no hay ninguna fuente real sonora o física, que los produzca, en la literatura inglesa se denominan Tinnitus, palabra que deriva del latín y quiere decir “tintineo de una campana”.

Esternotomía: Sección quirúrgica del esternón.

Eutermia: los valores normales de la temperatura corporal que oscila entre 36.5 y 37.5 °C

Fosfeno: Del griego phōs, luz, y phainein, brillar. Sensación luminosa percibida por el ojo sin que haya sido provocada por la luz. Puede ser espontánea (migraña oftálmica) o consecutiva a un traumatismo, a una compresión del ojo o a una excitación eléctrica de la retina.

Holístico: Proviene del griego “holos/n”, todo, entero, total, completo y suele usarse como sinónimo de integral.

Cuidado Holístico: considerar a la persona en todas sus dimensiones (física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa).

Opúsculo: Publicación de pocas páginas dedicada generalmente a un único tema de carácter científico o literario.

Safenectomía: Escisión total o parcial de una vena safena

Vulnerabilidad:

a) Grado de susceptibilidad o de riesgo a que está expuesta una población a sufrir daños por un desastre natural.

b) Relación existente entre la intensidad del daño resultante y la magnitud de una amenaza, evento adverso o accidente y c) Probabilidad de una determinada comunidad o área geográfica de ser afectada por una amenaza o riesgo potencial de desastre, establecida a partir de estudios técnicos.

Vulnerable:

Derivada del Latín, del verbo vulnerare, que quiere decir “provocar un daño, una injuria”

a) Un sector de la población - especialmente niños, mujeres embarazadas y las que están amamantando, viejos, los que duermen en la calle (están más sujetos a la enfermedades y deficiencias nutricionales) – que son los que más sufren en situaciones de desastre.

b) Grupo de personas en las cuales la posibilidad de selección es severamente limitada, sujetas frecuentemente a coerción en su decisión.

BIBLIOGRAFÍA

- Ortega Vargas Ma. Carolina, Bates Puntunet monserrat L., **Guías de Práctica Clínica Cardiovascular, Intervenciones de Enfermería con Base en la Evidencia**, : Medica Panamericana, Mexico, 2011, Pág. 248
- Tomey Marriner Ann, Alligood Raile Martha, **Modelos y Teorías de Enfermería**, :ELSEVIER MOSBY, Madrid, España, sexta edición, 2007, Pág.828
- Jiménez-Castro Ana Bertha, Salinas-Durán María Teresa, **Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson**, Rev Enferm IMSS 2004; 12 (2) Pág.3 http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/60ABE43C-1330-40E1-BA8E-0B9B01DA9A19/0/2_6163.pdf
- CARNICERO DE LA VEGA J., HERNÁNDEZ ESTEBAN A., **Historia de la enfermería en Castilla y León: Practicantes y Enfermeras**, Noviembre 2001, Pág. 4 <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud9/558-561.pdf>
- **Historia de la Enfermería: Etapa de la enfermería Profesional**, http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/hist_etap_profes.pdf
- Attewell Alex **FLORENCE NIGHTINGALE (1820 - 1910)**, Perspectivas: revista trimestral de educación comparad, París. UNESCO :Internacional de Educación, vol. XXVIII, n° 1, marzo 1998, Pág.13 http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF
- Cisneros G. Fanny, **Introducción a las Teorías y Modelos de Enfermería**, Popayan, Agosto, 2002 Pág. 16 <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
- Cisneros G. Fanny, **Teorías y Modelos de Enfermería y su Aplicación**, Popayan, Agosto, 2002 Pág. 15 <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplificacion.pdf>
- Jiménez-Castro Ana Bertha, Salinas-Durán María Teresa, Sánchez-Estrada Teresa, **Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson**, Rev Enferm IMSS 2004; 12 (2), México, Pág. 3 http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/60ABE43C-1330-40E1-BA8E-0B9B01DA9A19/0/2_6163.pdf
- Espacio Nurseril. **Modelos Teóricos de Enfermería**, 18 del Abril de 2010 <http://espacionurseril.blogspot.com/2010/04/modelos-teoricos-de-enfermeria.html>.
- García Suso A, Francisco del Rey C, Palazuelos Puerta P, de Bustos ML. **El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería**. Madrid, Barcelona, Educare21, 2004 Pág. 5 http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/09/9024.pdf

- Secretaría de Salud, **PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Diabetes Mellitus**, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Pág. 84
- Dr. Marco Antonio Pérez Vega,* Dr. Manuel Poblano Morales,† Dra. Janet Aguirre Sánchez,‡ Dr. Jesús Martínez Sánchez, **Indicaciones actuales de cirugía de revascularización coronaria (CRVC), experiencia del Centro Médico ABC**, Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Vol. XXI, Núm. 2 / Abr.-Jun. 2007, Pág.4 <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2007/ti072i.pdf>
- Francisc Torralba Roselló El **Placer de escuchar**, pág. 3 http://www.editorialproteus.com/cont/autores/docPot_cas/Elplacerdeserescuchado.pdf,
- Vera Regina Waldow, Rosália Figueiró Borges. **El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad**, Rev. Latino-am Enfermagem 2008 julio-agosto; 16(4) Pág.8 http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf
- Mtra. Sánchez Estrada Teresa, **La ética de la Enfermería posmoderna**, revista enfermería universitaria, ENEO-UNAM, vol.7, No.3, Julio-Septiembre, pág.3
- Tortora Gerard J., Derrickson Bryan, Principios de Anatomía y Fisiología, :Panamericana, México, 2006, Pág. 1154.
- Dr. José Fernando Guadalajara Boo, **Cardiología**, :Méndez Editores, México 2006, sexta edición. Pág.1192.
- Lucia Yasuko Icumí Nichiata, Maria Rita Bertolozzi, **La Utilización Del Concepto “Vulnerabilidad” Por Enfermería**, Rev Latino-am Enfermagem 2008 setembro-outubro; 16(5), Pág. 7 http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/es_20.pdf.
- Presidencia de la República. **Plan Nacional de Desarrollo**, 2007-2012. Sistema Internet de la Presidencia, 2007. <http://pnd.presidencia.gob.mx/>.
- Secretaria de Salud, Programa **de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial**, primera edición, México, 2001,Pág 62
- ENEO-UNAM, LINEAMIENTOS **GENERALES PARA ORIENTAR LAS OPCIONES DE TITULACIÓN CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SISTEMA ESCOLARIZADO**, 2005, Pág. 1, http://www.eneo.unam.mx/sistemadegestiondecualidad/normatividad_docs/OpcionesTitulacionEscolarizado2005.pdf.
- Nightingale F. **Notas sobre enfermería: qué es y qué no es**. Barcelona: Salvat; 1990.Pág. 200.
- Mónica Jaramillo, **Síndromes Coronarios Agudos**, Instituto de Enfermedades Cardiovasculares, Fundación Santa Fe de Bogotá, Pág.12 http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Cardiovascular-Respiratorio/Sindromes_coronarios_agudos.pdf